

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone 7-4020

Caixa Postal, 1874 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Per 1 ano 30\$000. Per 2 anos 50\$000.

L. XLV

Junho de 1943

N. 6

Sulfalbum

comprimidos de
sulfanilamida dosados
a 0,5^{gr}45.

Tolerancia perfeita quando
usados concomitantemente
com injeções endovenosas
de Hexose (glicose a 50%)

Eis
um nome facil de
guardar:

Sulfalbum



INSTITUTO PINHEIROS

RUA TEODORO SAMPAIO N.º 1860

(Esquina de Fradique Coutinho)

CAIXA POSTAL 931 - SÃO PAULO

End. Telegr. "LUZITA" Telefones 2124 e 2125

BACTERIOLOGIA
IMUNOLOGIA - QUÍMICA
SERVIÇO ANTIRRÁBICO

Dirigido por Dr. EDUARDO VILLAS BOAS PEREIRA

HEMORRAGIAS

Medicação
de
urgência

Botropasol
Pinheiros

Em
qualquer
hemorragia
ação imediata,
segura e duradoura
com 1 c.c. apenas

1891

S

M

uer
ia
ta.
uro
as

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Sumário:

	PÁG.
O valor radiológico no diagnóstico dos tumores do pâncreas — Dr. Manoel de Abreu Campanario	393
Penicilina, a nova arma antibacteriana — Prof. Felício Cintra do Prado	421
Produção médica de São Paulo	433
Associação Paulista de Medicina	433
Sociedade Paulista de Leprologia	464
Sociedade Médica São Lucas	464
Centro de Estudos "Franco da Rocha"	466
Outras sociedades	466
Literatura médica	468
Imprensa médica de São Paulo	470
Vida médica de São Paulo	472

Para terapeutica estrogênica use

ESTROGENOLO

(pp-DIHDROXI-3,4-DIFENILHEXANA)

*mais ativo que os outros estrogênios, sintéticos ou naturais,
mais eficaz mesmo administrado por via oral,
mais econômico que os hormônios foliculares.*

ESTROGENOLO, preparado por síntese pelo *Laboratório Paulista de Biologia*, é apresentado em ampolas (caixa com 6 ampolas de 1 ccm) e em drageas (vidro com 20 drageas). É empregado como os estrogênios naturais, levando em conta que uma ampola ou uma dragea corresponde a ca. de 25.000 U. I.

Dose diária: 1-2 ampolas ou drageas, ou mais *segundo prescrição médica.*

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

RUA S. LUIZ, 161

S. PAULO

As separatas são fornecidas ao preço de Cr \$5,00 por página, 100 exemplares

Betaxina

Vitamina

Grande
redução
dos preços!



Nova embalagem de 10 ampôlas,
além das já existentes de
3, 15 e 50 ampôlas de 5 e 25 mg.

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 30\$000; por 2 anos 60\$000

Vol. XLV

Junho de 1943

N. 6

O valôr radiológico no diagnóstico dos tumores do pâncreas

Dr. Manoel de Abreu Campanario

Assistente de radiologia do Dr. Cassio Vilaça. (Serviço dos professores B. Montenegro e A. Corrêa Neto). Radiologista chefe da Caixa A. P. F. Sorocabana

INTRODUÇÃO

O pâncreas é um órgão que devido principalmente à sua topografia anômica, apresenta grande dificuldade para a exploração radiológica.

* * *

Em condições normais não se consegue a imagem radiológica direta do pâncreas.

* * *

Em condições patológicas (calcificação, depósitos calcáreos no estroma conectivo dos tumores, calculose do pâncreas) pode-se conseguir imagens radiográficas, quasi sempre parciais, do órgão.

* * *

Quando o pâncreas invadido por tumores, aumenta de volume, imprimindo modificações mais ou menos profundas aos órgãos vizinhos, então, indiretamente, pode-se estudar as suas condições patológicas.

* * *

Artificialmente, com o auxílio do pneumoperitônio, pode-se conseguir, muitas vezes, a exploração radiológica direta do pâncreas, principalmente quando este órgão apresenta modificações patológicas.

* * *

O estudo radiológico do carcinoma do pâncreas deve ser, antes que tudo, o prolongamento e o complemento do seu estudo clínico anterior.

* * *

Os estudos clínico e radiológico entrelaçam-se. Compreende-se, contudo, que o estudo radiológico tem bases mais amplas para a sua consecução em vista de, contrastando o tubo digestivo, podermos localizar o tumor dentro do arco duodenal, afóra outras vantagens fornecidas pelo pneumoperitônio.

* * *

O abdomen ainda hoje continúa a ser uma *caixa de segredo*, mas de menor segredo para a experiência radiológica.

* * *

Apezar da interpretação radiológica dos tumores do pâncreas ser, de ordinário, alcançada por meios indiretos, isto é, apesar de não podermos visualizar diretamente o pâncreas, mas tão somente as modificações que os tumores pancreáticos imprimem aos órgãos abdominais, principalmente ao estômago, duodeno, intestino grosso, fígado, baço e diafragma, tal interpretação na maioria das vezes não deixa de ser de grande importância para o diagnóstico.

* * *

O pâncreas é realmente um órgão muitas vezes desprezado e esquecido pelo clínico. No entanto, as doenças do pâncreas não são raras como, de ordinário, se admite por comodidade ou ignorância. Para encontra-las é preciso, antes de tudo, pensar na sua possível existência.

* * *

Os processos patológicos do pâncreas repercutem sobre o tubo digestivo, mais particularmente sobre o estômago e o duodeno, produzindo muitas vezes u'a sintomatologia vaga e confusa.

* * *

Alguns sintomas gástricos cujas causas não são encontradas no estômago, no duodeno ou na vesícula biliar, às vezes podem ser explicados como oriundos do pâncreas, após acurado exame radiológico.

* * *

O canal colédoco atravessa a face posterior do pâncreas pouco antes da sua desembocadura no duodeno. Este fato anômico explica facilmente o motivo de a icterícia, nos casos de carcinoma do pâncreas, quasi sempre, aparecer precocemente. Ela é, de ordinário, progressiva e, por fim, alcança grande intensidade.

* * *

O diagnóstico diferencial entre pancreatite crônica e carcinoma incipiente do pâncreas é impossível. Mesmo após a abertura do abdomen, a semelhança das lesões em ambas as doenças, às vezes, é tão grande que os cirurgiões teem tomado uma pela outra. (Muller).

A história progressiva do doente revelando doença crônica e persistente da vesícula biliar leva o clínico à conjectura de pancreatite.

* * *

DADOS DE ANATOMIA

O pâncreas tem a forma de lingua de cão (Winslow), sendo um órgão alongado no sentido transversal, bem mais volumoso na sua extremidade direita (cabeça) do que na esquerda (cauda). Encerra: cabeça, corpo e cauda. Pesa 70 gramas. Mede 18 centímetros de comprimento, 4 de largura e 2 de espessura. Está situado na parede posterior do abdomen, profundamente, por detrás do peritôneo, mostrando certa curvatura que abraça a coluna vertebral. Na linha mediana ele surge ao nível de *L. 1* a *L. 2*, podendo, contudo, estar mais alto ou mais baixo, estando limitado à direita pelo duodeno e à esquerda pelo baço.

A raiz do mesocolo transversal divide o pâncreas, topograficamente, em duas porções (veja fig. 1): uma, a maior e mais importante, supra-mesocólica, e outra infra-mesocólica.

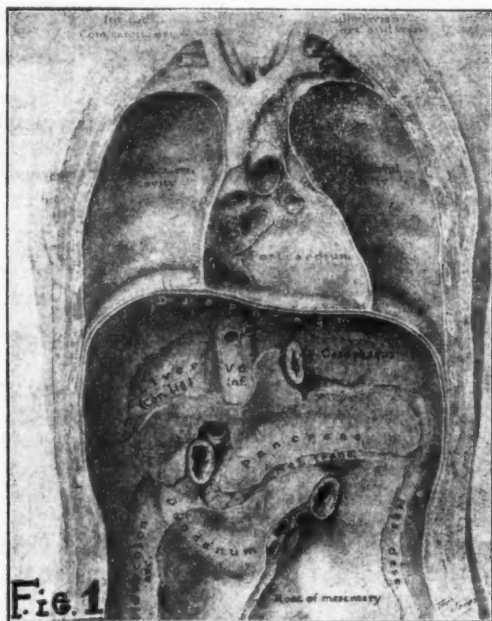
Os meios de fixação do pâncreas são os seguintes:

- 1) — *Duodeno*, ao qual ele envia os seus canais excretores. (A cabeça do pâncreas é envolvida pelo arco duodenal).
- 2) — *Peritôneo parietal* que o aplica contra a parede abdominal posterior.
- 3) — *Os vasos que nele penetram* e que o ligam à aorta por meio do tronco ciliaco e da mesentérica superior.

A cabeça e o corpo do pâncreas são muito fixos, mas a sua cauda é relativamente movel.

As relações do pâncreas são as seguintes:

A sua face posterior está em relação com a veia cava inferior, aorta, vasos mesentéricos, vasos esplênicos, veias renais, etc... que se encontram na região lombar. A lâmina de Treitz, tecido celular e gânglios se interpõem entre a face posterior do pâncreas e os vasos precitados. A presença destes vasos contraindicam a via de acesso ao pâncreas pela região lombar.



Gravura mostrando as relações topográficas entre o duodeno e o pâncreas. Grande porção deste é envolvida pelo duodeno como si fosse por uma moldura. (Reprd. da Surg., Gynec. & Obstetrics).

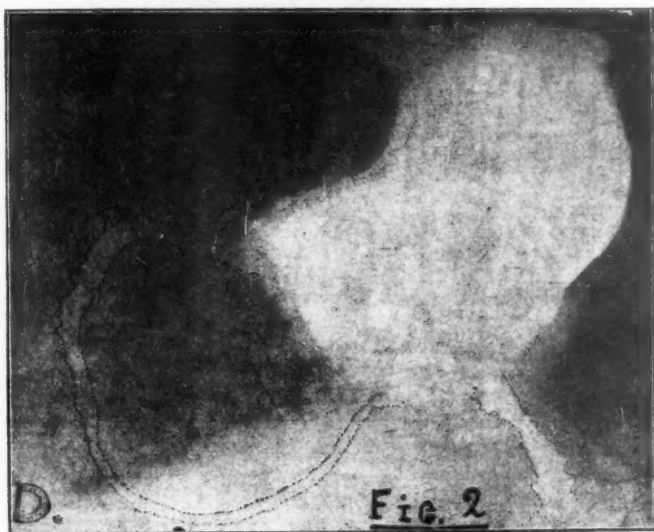
A face anterior do pâncreas está em relação com o fundo posterior da *retrocavidade dos epiploons*, quasi na sua totalidade. Praticamente, apenas o terço inferior da sua cabeça (veja fig. 1) é inframesocólica e, portanto, está em relação com o abdomen inferior.

No estudo dos tumores do pâncreas, no terreno da prática, o pâncreas deve ser considerado, antes que tudo, para simplificação e síntese dos conhecimentos, como um órgão retroperitoneal que apresenta *relações íntimas com a retrocavidade dos epiploons*.

A porção da face anterior do pâncreas recoberta pelo peritônio da parede posterior da retro-cavidade dos epiploons está em relação:

- 1) — com a face do piloro e do estômago.
- 2) — com o epiploon gastrohepático.
- 3) — com o cólo e o mesocolo transversos.

Os tumores do pâncreas não podendo projetar-se para traz, pois que a parede abdominal posterior constitue-lhes uma verdadeira barreira em vista da sua resistência anatômica, projetam-se, então, para dentro da retro-cavidade dos epiploons, rechassam os órgãos que ocupam esta cavidade, vindo porfim entrar, quando volumosos, em contato com a parede abdominal anterior.



Grande abertura do arco duodenal por tumor do pâncreas. Enchimento persistente de alguns segmentos duodenais. Tumor palpavel dentro do arco. Bulbo duodenal estirado.

E' muito importante para o diagnóstico radiológico o conhecimento destes dados anatômicos, mas de maior importância ainda é o radiologista estudar o caminho que tais tumores seguem indo da parede abdominal posterior à parede abdominal anterior. Para isto a fig. 3 é de grande utilidade. Eles, de ordinário, se projetam para a frente crescendo, caminhando entre o estômago e o cólo transversos. Nestas circunstâncias abre-se o arco duodenal (figs. 2, 5, 7, 8). O estômago pode ser rechassado para cima e para a

esquerda (fig. 4). O colo transverso pode ser rechassado para baixo (fig. 11). O grande epiploon (epiploon gastrocólico) fica, então, esmagado entre a parede abdominal anterior e a saliência tumoral.

Mais comumente o carcinoma está localizado na cabeça do pâncreas e disto resulta que o alargamento do arco duodenal é uma consequencia inevitavel.

Quando os tumores do pâncreas crescem e caminham para cima, em direção ao pequeno epiploon (epiploon gastrohepático), eventualmente rechassam o estômago para baixo e para a esquerda (fig. 7), o figado para cima, empurrando o dito epiploon contra a parede abdominal anterior.



Esquema cujas setas indicam as vias que os tumores pancreáticos seguem afim de alcançar a parede abdominal anterior. 2) estômago; 3) colon transverso; 4) pancreas; 5) duodeno; 6) figado. *Seta grande:* caminho em direção ao grande epiploon. *Seta de tamanho médio:* Caminho em direção ao mesocolon transv. *Seta pequena:* caminho em direção ao ligamento gastrohepático.

Quando os tumores do pâncreas crescem e caminham para baixo, contra o mesocolo transverso (o que acontece mais raramente), de acordo com a particularidade da cada caso, ora o cólo transverso será rechassado para cima (o que pode acontecer porquanto o mesocólo é uma dobra peritoneal muito ampla), ora o cólon transverso é rechassado para baixo (figs. S, E, F.).

Uma coisa desde já, em vista do exposto, fica patente: a possibilidade dos tumores do pâncreas serem confundidos com os tumores dos mésenteros ou dos epiploons. As condições anatômicas explicam tal possibilidade.



Rechasso do estômago para a esquerda. Compressão extrínseca da porção alta do corpo gástrico. Tumor palpavel no abdomen superior, na linha mediana. Sombreado difuso tumoral em tal região. (Tumor do lobo esquerdo do fígado).

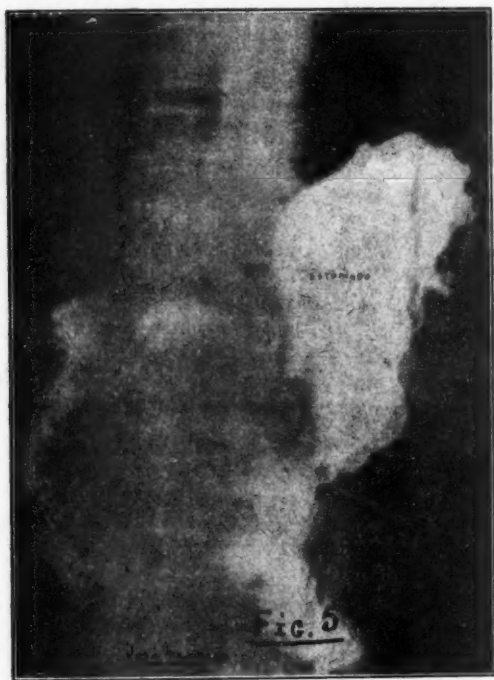
O que acabamos de expôr tem um carater de ordem geral no que tange aos tumores pancreáticos que já tenham alcançado bastante crescimento.

No terreno da anatomia, por fim, não se deve esquecer o fato de que o pâncreas e o duodeno tornam-se, após o fenómeno de coalescência, retroperitoniais. Aliás, o peritôneo que recobre tais órgãos nada mais é do que o mesoduodenopancreas primitivo.

DOENÇAS DO PÂNCREAS

As pancreatites, o carcinoma, a calculose e os cistos do pâncreas são, de ordinário, os processos patológicos mais focalizados nos trabalhos científicos, por constituirem as doenças mais importantes de tal órgão.

O cisto-pancreático é uma doença raríssima. Hale e White em 6.000 autopsias só o encontraram 4 vezes (0,07%).



Pronunciada abertura do arco duodenal. Defeito do enchimento do antro gástrico simulando infiltração neoplásica. Tumór palpável dentro do arco. Estiramento do bulbo duodenal. Sinal do 3 invertido de Frostberg. Recasso do estômago para cima e para a esquerda.

A calculose pancreática é, também, muito rara. Vejamos a sua incidência:

Barrow	3.437 autópsias	2 casos (0,09%)
Opie	1.500	" 2 casos (0,13%)

Os cálculos pancreáticos, entretanto, são geralmente múltiplos e constituídos de carbonato de cálcio, o que os torna bem visualizados aos raios X.

A pancreatite, entretanto, é doença relativamente comum e, talvez, mais comum do que em geral se pensa.

Os sintomas radiológicos da pancreatite, mais contraditórios, são os seguintes:

- 1) — Sombra do pâncreas no filme (nas boas chapas).
- 2) — Deslocamento ligeiro do piloro para a esquerda e para cima (Feldman).



Pronunciada abertura do arco duodenal. Sinal do 3 invertido de Frostberg. Rechasso do estômago para cima e para a esquerda. Carcinoma da cabeça do pâncreas.

- 3) — Posição horizontal do bulbo duodenal. Estiramento deste.
- 4) — Abertura do arco duodenal.
- 5) — Dilatação e enchimento da ampola de Vater (Akerlund, Case).
- 6) — Estase no duodeno descendente.
- 7) — Sensibilidade na região pancreática.
- 8) — Diminuição da motilidade diafragmática à esquerda.
- 9) — Borrramento da sombra do psôas à esquerda.

* * *

Este nosso trabalho visa mais particularmente o estudo dos tumores do pâncreas. O carcinoma pancreático deverá ser focalizado com maior atenção em vista da sua grande incidência, como veremos mais a frente.

TUMORES DO PÂNCREAS

Segundo Muller, do ponto de vista clínico o cancer do pâncreas é a mais importante das doenças deste órgão, e, embora vários neoplasmas (sarcoma, adenoma e linfoma) sejam encontrados em tal órgão, o carcinoma do pâncreas é o mais frequente.

De passagem devemos salientar que o carcinoma gástrico não raramente pode estender-se, secundariamente, ao pâncreas.

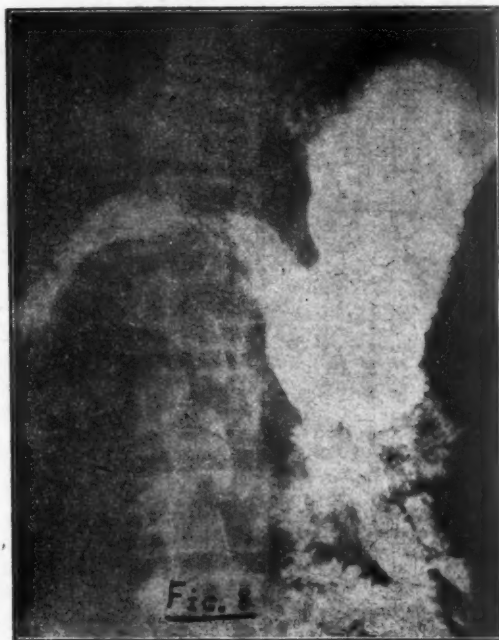


Grande abertura do arco duodenal. Defeito de enchimento do antro gástrico. Tumor palpável dentro do arco. Estase gástrica. O diagnóstico radiológico ficou entre carcinoma do pâncreas e carcinoma gástrico. A cirurgia mostrou tratar-se de carcinoma primitivo do pâncreas com propagação ao estômago.

O duodeno pode ser comparado a um verdadeiro tunel retroperitoneal. Sendo um órgão retroperitoneal é, portanto, um órgão fixo. Contudo, a sua fixidez não é absoluta. Ele encerra uma certa mobilidade. O peritônio da parede abdominal posterior, o canal colédoco, os canais excretores pancreáticos, os seus nervos e os seus vasos e, ainda, a lâmina de Treitz não lhe conferem uma fixidez perfeita. Examinando-se um indivíduo longilíneo aos raios X, respectivamente em posição ortoestática e em decúbito,

observaremos que a mobilidade do duodeno pode alcançar 3 ou mais centímetros. Ora, si isto acontece em condições normais é claro que a mobilidade do órgão poderá alcançar limites muito mais amplos quando o duodeno venha a sofrer compressões mecânicas extrínsecas de processos patológicos vizinhos.

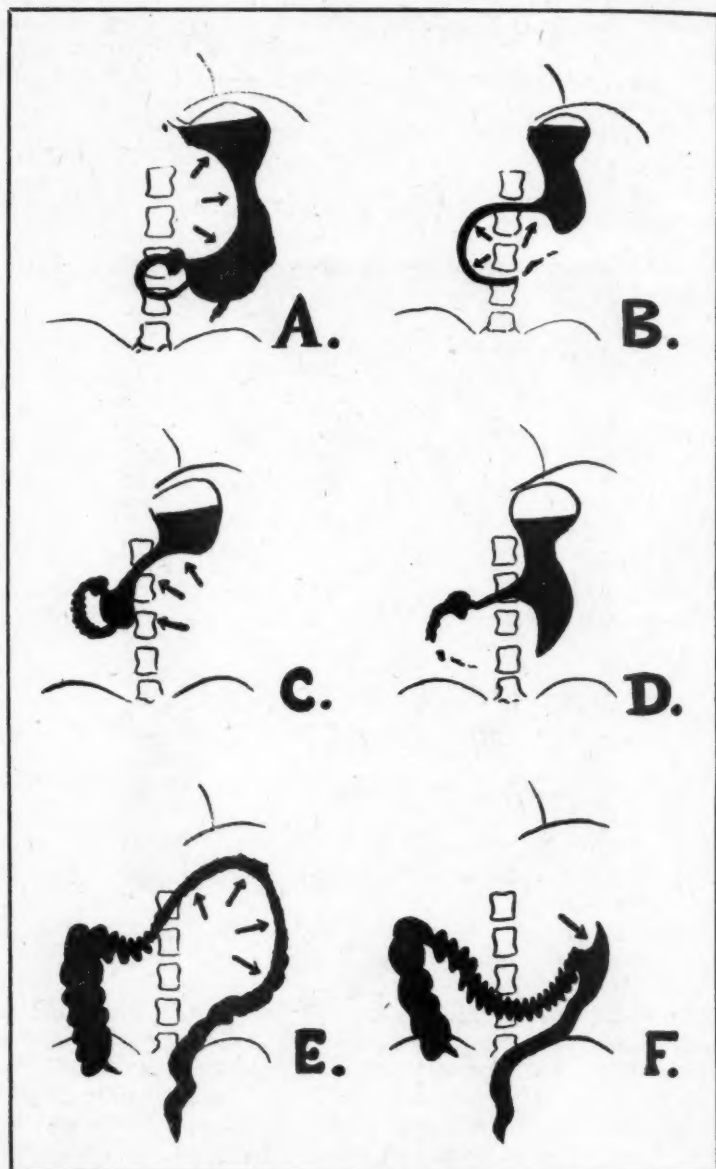
O duodeno envolve a cabeça pancreática tal qual u'a moldura semicircular (veja fig. 1). E' claro, portanto, que um tumor que se expanda na cabeça do pâncreas, terá forçosamente de abrir o



Sinais radiológicos de abertura do arco duodenal, com estiramento do bulbo duodenal, rechasso do estômago para cima e para a esquerda, etc. Tumor palpável dentro do arco. (Neoplasia da cabeça do pâncreas).

arco duodenal (veja figs. 2, 5, 7, 8, B, D.) A abertura anormal do arco duodenal é, na verdade, um dos sintomas radiológicos básicos para o diagnóstico do cancer do pâncreas.

Uma advertência, de passagem, deverá ser assinalada desde já: em alguns individuos muito obesos, às vezes, normalmente os vários segmentos duodenais e o estômago apresentam tal dispositivo topográfico que poderão simular a abertura patológica do arco duodenal.



A, B, C, D, E, F, mostram as diversas modificações de forma e topografia impostas ao estômago, duodeno e intestino grosso pelos tumores pancreáticos.

CANCER DO PÂNCREAS. (Dados estatísticos)

A incidência geral, do carcinoma do pâncreas, segundo Feldman, é a seguinte:

		<i>Casos</i>	<i>Percent.</i>
Leven	14.739.....	99.....	0,67 %
Kolb	20.042.....	104.....	0, 5 %
Park	53.000.....	226.....	0, 4 %

A incidência em relação aos cânceres de todas as regiões é esta:

		<i>Casos</i>	<i>Percent.</i>
Eppinger	308.....	2.....	0,65 %
Goyena	605.....	26.....	4, 3 %
Biach	1.270.....	22.....	1, 7 %

A distribuição topográfica no pâncreas é a seguinte:

	<i>Casos</i>	<i>Cabeça</i>	<i>Corpo</i>	<i>Cauda</i>	<i>Difuso</i>
Leven	678.....	382.....	43.....	45.....	208
Ewing	386.....	156.....	28.....	12.....	158

Quanto à idade, ele aparece mais comumente na 5.^a década. Não raramente o carcinoma pancreático se associa ao diabetes.

SINAIS RADIOLÓGICOS

(Sinopse)

- 1) — Abertura do arco duodenal. Estiramento do bulbo duodenal.
- 2) — Repleção persistente do arco duodenal.
- 3) — Deformação perivateriana ou sinal do 3 invertido de Frostberg.
- 4) — Hiperomotilidade duodenal no cancer incipiente do pâncreas. (Sintoma também observado em várias outras condições patológicas).
- 5) — Sombreado difuso causado pela massa tumoral.
- 6) — Rechasso do estômago em varias direções: para cima e para a esquerda, para baixo e para a esquerda, etc., etc.
- 7) — Compressão extrínseca (produzindo defeito de enchimento) do duodeno, do antro, da pequena curvatura ou, eventualmente, de outras partes gástricas.
- 8) — Compressão extrínseca do cólo transversal nas vizinhanças da flexura esplenocólica.

- 9) — Sinais fornecidos pelo pneumoperitônio artificial.
- 10) — Sinais fornecidos pela técnica de Engel-Lysholm.
- 11) — Paralisia ou paresia da hemicúpula frênica esquerda ou direita. Ascensão do diafragma.
- 12) — Derrame sintomático da cavidade pleural (D. ou E.).
- 13) — Borramento do psôas esquerdo.
- 14) — Colecistografia como auxílio complementar no diagnóstico das doenças pancreáticas (Case).

Os sinais 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8 são comumente encontrados. Os sinais fornecidos pelo pneumoperitônio são, quasi sempre, muito objetivos e concludentes. Os outros sinais, de modo geral, estão mais raramente presentes.

A hipermotilidade duodenal observada, às vezes, em casos de carcinoma pancreático, é um sinal comum a varias outras doenças do pâncreas e do colecisto. Tem algum valor quando ao lado de outros sinais radiológicos.

O borramento do psôas esquerdo aparece principalmente quando o tumor é volumoso e inframesocólico. E' sinal tambem presente no abcesso perinefrético esquerdo e, eventualmente, em outras doenças abdominais. Só deverá ser pesquisado após rigorosa limpeza intestinal.

TÉCNICA DE ENGEL E LYSHOLM

Estes autores puzeram em prática uma nova técnica radiológica, aliás de real valor, para o exame do pâncreas.

O paciente fica sobre a mesa em decúbito ventral. Coloca-se o tubo à direita do mesmo, de tal forma que os raios caminhando horizontalmente penetrem pelo flanco direito, à altura do abdomen superior, e venham incidir sobre o filme que deverá ficar colocado no flanco esquerdo. O ideal seria a tomada de radiografias com diafragma Potter-Bucky. Entretanto, na prática raramente se dispõe de um Potter-Bucky que seja desmontavel da mesa e que, por isto, possa ficar colocado na posição exigida pela técnica mencionada. Uma grade de Lysholm satisfará, praticamente, todas as exigências. Alguns minutos antes das radiografias o doente ingerirá uma poção de Riviére (Solução A e B) que chegada ao estômago, dará formação a grande quantidade de gases. Isto facilitará grandemente o exame radiológico.

Em condições normais o pâncreas nestas radiografias é representado por uma sombra mais ou menos triangular, limitada em cima pela coluna lombar e, embaixo e lateralmente, pelo corpo gástrico, pilôro e bulbo duodenal. Em condições patológicas o aumento do pâncreas imprimirá grandes modificações de forma

e tamanho a tal sombra. O alargamento da sombra compreendida entre o estômago e a coluna lombar é uma fatalidade nestas circunstâncias.

Estamos hoje convictos de que a técnica de Engel e Lysholm é magnífica. Ultimamente a temos empregado na prática rotineira e, dentro em breve, pretendemos publicar um trabalho mostrando as suas vantagens.

Segundo a nossa experiência a técnica de Engel e Lysholm dá melhores resultados quando o paciente ao envez de ficar em decúbito ventral, permanece em *atitude de préce maometana*.

Quando se usa comida baritada ao envez de solução gasosa para contrastar amplamente o estômago, os resultados são menos sensíveis.

Engel e Lysholm julgam que tal método de exame não somente serve para localizar na área pancreática qualquer tumor já clinicamente palpável no abdomen, mas também se presta para demonstrar e localizar os tumores retroperitoneais não palpáveis de tal área.

SINAL DE FROSTBERG

Frostberg descreve um interessante sinal radiológico, presente, às vezes, nos processos patológicos do pâncreas (figs. 5, 6 e 15). Ele aparece eventualmente quando o pâncreas se expande em volume, comprimindo e abrindo o arco duodenal, enquanto que o colédoco não podendo acompanhar inteiramente a expansão do pâncreas, provoca um repuxamento da *região perivateriana*. Em vista disto aparece uma pequena saliência no contorno da sombra duodenal, que se projeta para a esquerda. Contiguas a tal saliência, respectivamente acima e abaixo da mesma, aparecem 2 pequenas depressões que correspondem ao tecido pancreático comprimindo extrinsecamente a luz duodenal. O conjunto da imagem formada pela pequena saliência e pelas duas pequenas depressões perfaz um contorno denteado que lembra a figura de um 3 invertido. Daí o nome de *sinal do 3 invertido* de Frostberg.

* * *

Quando o tumor é muito grande a abertura do arco duodenal pode ser considerável (fig. 6). Nestas circunstâncias, no início, o contraste às vezes, encontra dificuldade em transpor os vários segmentos duodenais. Muitas vezes o estômago já se acha em superrepleção e nem uma gota de contraste ainda transpõe o duodeno. O radiologista fazendo compressão sobre o antro gástrico vê, então, uma partícula de contraste ora avançando, ora recuando alguns centímetros com maior ou menor rapidez, ora ainda estacando durante alguns segundos, para finalmente transpor os vários segmentos duodenais. O bulbo duodenal está

fortemente estirado não se lhe notando os seios basais. O calibre do duodeno em consequência do alongamento geral do mesmo está reduzido. O contorno denteado do duodeno, cheio de recortes franjados, perde o seu aspecto típico. O desenho da mucosa com as suas dobras semi-transversais de Kirkring, perde a sua nitidez. O radiologista percebe que *anatômica e fisiologicamente* o duodeno se comporta de modo diferente do normal.

A repleção duradoura, de certo modo permanente, do duodeno, é, também, muitas vezes, observada. Radiografias em série tomadas enquanto perdure o esvaziamento gástrico, indicam que o duodeno permanece sempre em repleção.



Pronunciada compressão extrínseca da 4.ª porção duodenal, já nas vizinhanças do ângulo duodeno jejunal, provocada por carcinoma da cabeça do pâncreas. Observar a dilatação do calibre duodenal (estase) à juzante do obstáculo. A sonda empregada no exame só transpõe as primeiras porções duodenais (veja esquema). A radiografia foi tomada 2 horas p. c. quando o estômago já se achava bem vazio.

Uma outra eventualidade, aliás rara, é tal compressão extrínseca provocar estenose no trânsito duodenal (fig. 9). O caso é típico. Havia estenose relativa da "pars horizontalis" do duodeno acarretando dilatação à montante da segunda e primeira porções duodenais. Uma sonda de borracha muito fina não conseguiu transpôr a séde da estenose. Os sinais clínicos de semi-obstrução intestinal eram evidentes.

Palpando o tumor, mesmo atravez das luvas plumbadas que protegem as suas mãos, o radiologista observará que o duodeno envolve parcialmente o mesmo. Na região do tumor o duodeno contrastado e as vertebrae que se acham por detraz do pâncreas, mostram u'a imagem radiológica de contornos esfumados, de estrutura embaçada, em consequencia da grande absorção de raios X por parte do tumor. Nas radiografias aparece, então, não raramente, um *sombreado* difuso ocupando a região tumoral. E' verdade que este *sombreado* difuso pode surgir, tambem, nos casos de pancreatite aguda devido provavelmente ao edema inflamatório.

O rechasso do estômago para cima e para a esquerda é, às vezes, muito nítido (fig. 2).

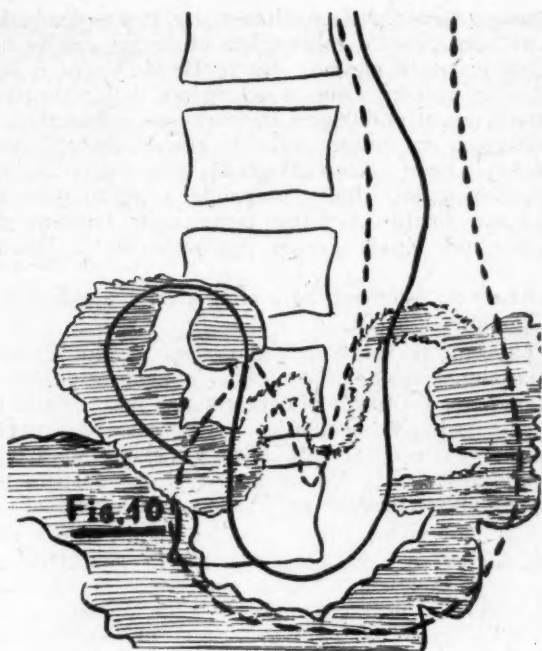
Principalmente no início da radioscopia, quando o estômago retem apenas alguns goles de contraste, a compressão extrínseca do antro por parte do tumor poderá simular um "defeito de enchimento" por infiltração neoplasica. A ausência de imagem lacunar no antro, a relevografia da mucosa, a palpação, a presença de ondas peristalticas e, porfim, a superrepleção gástrica trazem, quasi sempre, esclarecimentos seguros ao radiologista.

Devemos, entretanto, frizar que em alguns casos raros o diagnóstico diferencial entre cancer gástrico e cancer da cabeça do pâncreas é coisa difficil. Nestas circunstâncias devemos lançar mão de todos os recursos possiveis. Radiografias e radioscopias em série, com intervalo de tempo variaveis de acordo com a exigência particular de cada caso, mudança de posição do paciente, pneumoperitoneo, etc., são recursos que não devem ser esquecidos, mesmo porque nos trarão esclarecimentos magníficos.

A difficuldade de tal diagnóstico diferencial torna-se ainda mais compreensivel quando nos vem à lembrança que o carcinoma gástrico não raramente dá metástases para a cabeça do pâncreas e que, portanto, a concomitância de carcinoma gástrico e carcinoma do pâncreas é uma possibilidade concreta.

O rechasso do estômago para baixo e para a esquerda é, de ordinário, mais raro.

E' interessante, às vezes, a modificação topográfica que sofre o estômago dentro de alguns minutos. Estando o paciente em posição ortoestática e o estômago apenas com pequena quantidade de contraste se observa que o rechasso do órgão é muito pronunciado para cima e para a esquerda. À proporção, contudo, que o estômago vai se enchendo de contraste e enquanto se procede à palpação, a sua topografia se modifica. Aos poucos o estômago desce e, tambem, se aproxima da linha mediana, conseguindo às vezes interpôr-se parcialmente entre o tumor do pâncreas e a parede abdominal anterior. Nestas circunstâncias, a modificação topográfica se junta a modificação de forma do órgão, pois, às vezes, no início da radioscopia o estômago apresenta um grande



Esquema elucidativo da radiografia anterior.

defeito de enchimento no antro (compressão extrínseca) que, como já frizamos em linhas anteriores, desaparece parcial ou totalmente quando o órgão alcança a superrepleção.

Quando o paciente se deita o estômago readquire a topografia anterior. O fato que acabamos de descrever não aparece em todos os casos de tumor da cabeça do pâncreas. Temos visto casos em que a topografia e a forma anormais são permanentes quer o doente esteja em decúbito, quer esteja na vertical. É lógico que o tamanho do tumor e a resistência da parede abdominal explicam tais fatos.

Se o tumor da cabeça do pâncreas é pequeno, conforme a sua localização, os sintomas radiológicos acima descritos podem faltar, ou, então, serem tão pouco pronunciados que passem despercebidos ao radiologista.

Em alguns casos a abertura do arco duodenal é o único sintoma radiológico nitidamente perceptível. Em outros casos o único sintoma é o rechasso gástrico ora mais, ora menos pronunciado. Quando os 2 sintomas coexistem um deles quase sempre apresenta predominância. De qualquer forma, e isto é muito importante, uma palpação rigorosa ante o ecran fluoroscópico,



Defeito de enchimento (compressão extrínseca), da flexura esplenocólica produzido por carcinoma do pâncreas, e simulando cancer do intestino grosso.

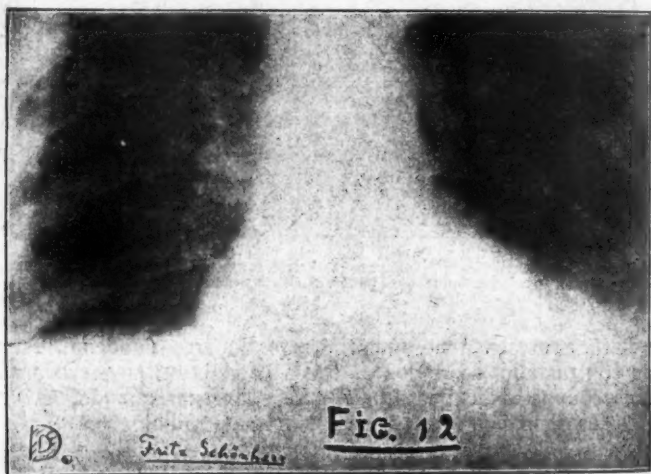
revelará a presença do tumor dentro do arco duodenal, estando este contrastado, em todos os casos já mais ou menos avançados de carcinoma da cabeça do pâncreas, mesmo quando, às vezes, ainda estejam ausentes outros sintomas radiológicos.

A compressão extrínseca do cólo transversal nas proximidades da flexura esplenocólica (fig. 11) pode ou não estar presente no carcinoma do pâncreas. Tal compressão extrínseca e o rechasso do cólo transversal para baixo surgem mais comumente quando o tumor invade grande extensão do corpo do pâncreas e se localiza na porção supramesocólica deste. Para que isto se dê é claro que o tumor precisa apresentar dimensões mais ou menos amplas. Às vezes, o tumor já apresenta notável desenvolvimento e, entretanto, tais sintomas não se acham presentes. A explicação é fácil: Sendo o mesocolo transversal uma dobra do peritônio parietal posterior e tendo tal dobra as suas raízes de inserção situadas transversalmente ao longo do pâncreas, é lógico que qualquer tumor do pâncreas, forçosamente, poderá imprimir modificações ao mesocolo. Contudo, em vista da amplitude, mobilidade e flexibilidade deste último, tais modificações não repercutem sobre o colo transversal.

Se o tumor se desenvolve predominantemente à custa da porção inframesocólica do pâncreas, o que aliás é coisa rara, então o colo transversal poderá ser rechassado amplamente para cima e

para a esquerda (veja *fig. E*), apresentando grande abertura da flexura esplenocólica.

Em certas circunstâncias o diagnóstico diferencial entre carcinoma do pâncreas e outros tumores extragástricos tais como o cancer do lobo esquerdo do fígado, do pequeno epíloon, da vesícula biliar e do mesocolo não se torna coisa fácil. As vezes tal diagnóstico é mesmo impossível. O pneumoperitoneo, a colecistografia e o exame radiológico dos cólos, nestas circunstancias, muitas vezes, poderão trazer ao médico grandes ensinamentos para a elucidação do diagnóstico.

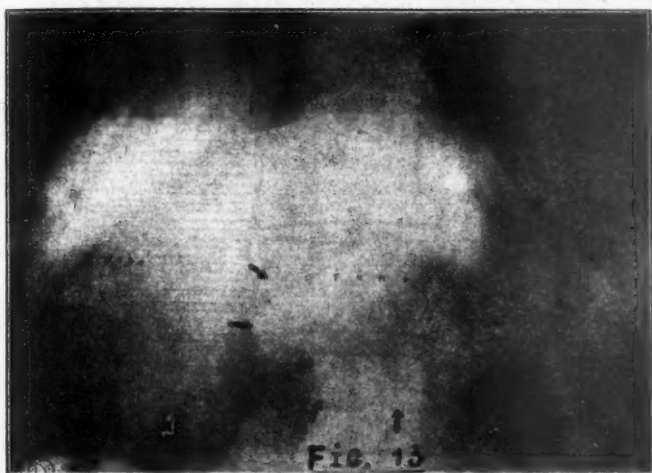


Derrame bilateral discreto, da grande cavidade pleural, sintomático, num caso de carcinoma da cabeça do pâncreas.

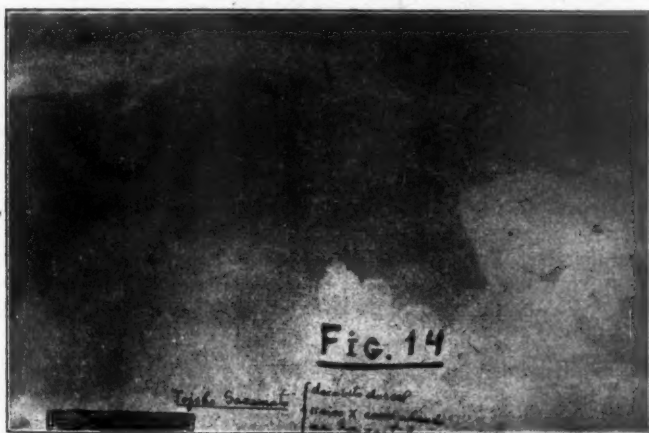
Por intermédio do pneumoperitoneo as alças intestinais, o fígado, o baço e o diafragma ficam, quasi sempre, bem individualizados, o que, de certo modo, já é grande vantagem.

Quando se pratica o pneumoperitoneo deve-se tentar a radioscopia com o doente em várias posições. Seguir-se-ão radiografias tomadas em todas as posições em que anteriormente a radioscopia indicou boa visualização dos órgãos procurados. De ordinário, os grandes tumores da cabeça do pâncreas, após pneumoperitoneo, ficam bem visualizados estando o paciente em *decúbito dorsal* ou em *posição de prece maometana*, tomando-se as chapas em incidência latero-lateral (os raios penetram pelo flanco direito enquanto o chassi é colocado sobre a superfície do flanco esquerdo do paciente).

O decúbito lateral direito pode fornecer, também, boas radiografias para a exploração radiológica.

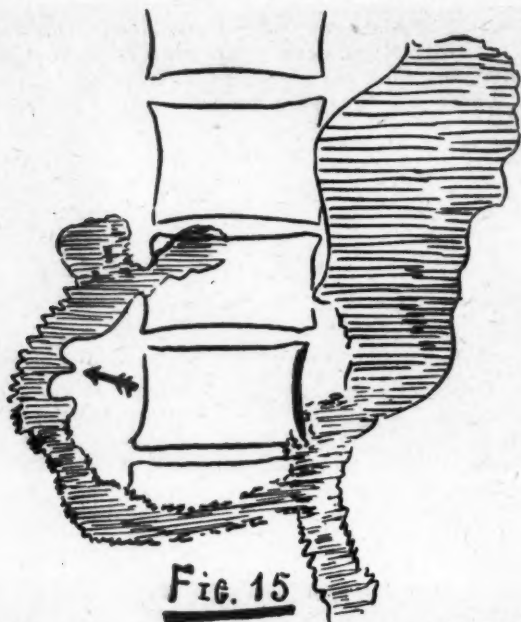


Pneumoperitônio artificial. Individualização nítida de um grande tumor abdominal. Individualização, também, do fígado, da vesícula biliar e do baço. Topograficamente o tumor coincide com a região ocupada pelo pâncreas. Carcinoma do pâncreas.



Pneumoperitônio artificial num caso de carcinoma do pâncreas. O paciente estava em decubito dorsal quando a chapa foi tomada. As setas indicam os contornos do tumor que se projeta contra a parede abdominal anterior.

A paresia ou mesmo a paralisia do diafragma assim como o derrame sintomático da cavidade pleural são sintomas relativamente mais raros (fig. 12). Estes sintomas, por outro lado, podem estar presentes, também, nas pancreatites. Todavia, prin-



Esquema baseado num decalque da figura 5, mostrando o sinal do 3 invertido de Frostberg.

cialmente na pancreatite aguda, a região pancreática é muito sensível. (Hulton, apud Assmann). Este fato não deverá jamais ser esquecido.

Devemos ainda acrescentar aqui que o abcesso gazo do pancreas dá, quando bastante evoluído, imagem radiológica encerrando nível líquido na *retrocidade dos epiploons*, como observaram vários autores (Assmann, Bittorf, Coenen, Haring e outros). A câmara gazona poderá alcançar tamanhos respeitáveis.

COLECISTOGRAFIA NOS CASOS DE CARCINOMA DO PÂNCREAS

Quando a vesícula biliar se enche, muitas vezes, durante a colecistografia, a sua silheta apresenta modificações provenientes da compressão do pâncreas aumentado e da rigidez parietal do duodeno. Deste modo, ela poderá ser comprimida contra o fígado (Case).

Quando o processo patológico do pâncreas comprime extrinsecamente o colédoco de modo a perturbar, mas não a impedir inteiramente a passagem da bile durante a descarga vesicular, o

colecistograma mostra uma vesícula muito aumentada de volume, de densidade muito baixa, que mesmo após a comida de Boyden poderá tornar-se mais densa, e, também, apresentar esvaziamento pronunciadamente lento, (visualização persistente da vesícula biliar).

Nos casos avançados de carcinoma do pâncreas a regra é a ausência de colecistograma. Nos casos iniciais, ainda pouco evoluídos, ao lado dos sinais acima mencionados, aparece uma sombra difusa, de densidade elevada, na flexura hepatocólica, oriunda da presença em tal região do tetraído empregado. Tal sinal só terá algum valor, é claro, si o contraste foi administrado endovenosamente. (Borak cit. por Case).

Ransom praticou a coelectistografia em 56 indivíduos com icterícia por carcinoma do pâncreas, com os seguintes resultados:

- 49.....Ausência de colecistograma.
- 2.....Colecistograma de densidade fraca.
- 2.....Exame não satisfatório.

O mesmo autor estudando outros nove casos de carcinoma pancreáticos sem icterícia, encontrou:

- 5.....Ausência de colecistograma.
- 3.....Colecistograma normal.
- 1.....Exame não satisfatório.

RESUMO

- 1) — O A. começa dizendo que embora não se possa visualizar diretamente o pâncreas aos raios X, a não ser em condições patológicas excepcionais, o seu exame radiológico baseado em dados indiretos é de grande importância científica.
- 2) — O aumento de volume do pâncreas oriundo de processos patológicos diversos, acarreta grandes alterações funcionais, assim como, também, alterações anatômicas que rigorosamente interpretadas são, em parte, o fundamento para o estudo radiológico do pâncreas.
- 3) — Após sucinto estudo de anatomia do pâncreas o A. passa a analisar as alterações que os tumores pancreáticos, de ordinário, produzem sobre os diversos órgãos vizinhos.
Os sinais radiológicos dos tumores pancreáticos são descritos com certa minúcia.
- 4) — Apresenta radiografias de casos típicos de tumores pancreáticos cujo diagnóstico foi confirmado pela cirurgia ou pela autópsia, e, também, esquemas indicando os sinais mais frequentes de tais processos patológicos.
- 5) — Em circunstancias especiais a pancreatite crônica poderá simular o carcinoma pancreático e o diagnóstico radiológico diferencial ser impossível. Mesmo após o ato cirúrgico nem sempre tal diagnóstico diferencial é possível pelo simples aspecto macroscópico do órgão.
- 6) — Julga que o pneumoperitôneo é de valor prático, embora nem sempre, no exame radiológico dos tumores pancreáticos.

Por outro lado, a técnica preconizada por Engel e Lysholm é, também, de incontestável importância prática no estudo radiológico das doenças do pâncreas.

- 7) — O A. descreve rapidamente o resultado da colecistografia nos casos de tumor do pâncreas. Aponta a incidência do cancer pancreático.
- 8) — Diz que si em alguns casos de tumor do pâncreas, principalmente de carcinoma incipiente, o exame radiológico não elucida o diagnóstico, em muitos outros casos de tal doença o exame radiológico é de valor prático incontestável.

SUMMARY

- 1) — The A. begins by saying that even the pancreas not being visualized at the X ray, unless in exceptional pathological conditions, its radiological examen based on indirect data is of great scientific importance.
- 2) — The enlargement of volume of the pancreas due to several pathological processes, brings great functional alterations, as also, alterations of form and topography upon the adjoining organs (principally upon the stomach, the duodenum and transverse colon). Such alterations rigorously interpreted are, partly, the fundamentals for the radiological study of the pancreas.
- 3) — After succinct study of the anatomy of the pancreas the A. proceeds the analysis of the alterations produced by the pancreatic tumors upon the adjoining organs. The radiological signals of the pancreatic tumors are described minutely.
- 4) — The A. presents radiographies of typical cases of pancreatic tumors whose diagnosis was confirmed by surgery or by autopsy, and, also, by schemes indicating the most frequent signals of such pathological processes.
- 5) — Under unusual circumstances chronic pancreatitis may resemble pancreatic carcinoma and then the differential radiological diagnosis is impossible. Even after the operation such differential diagnosis is not always possible by the simple macroscopic aspect.
- 6) — The A. thinks that the pneumoperitoneum is not always of practical value, in the radiological examen of pancreatic tumors. In the other hand, the technic extolled by Engel and Lysholm is also of great practical importance in the radiological study of the diseases of the pancreas.
- 7) — The A. briefly describes the results of the cholecystography in cases of tumors of the pancreas. He points out the incidency of the pancreatic cancer.
- 8) — The A. says that in some cases of tumor of the pancreas, principally in incipient carcinomas, the radiological examen does not make clear the diagnosis; in many other cases of such disease the radiological examen is of unquestionable practical value.

LITERATURA CONSULTADA

- AKERLUND, A. — Duodenaldivertikel und gleichzeitige Erweiterung des Vaterschen Divertikels bei einem Fall von Pancreatitis. — Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen, 917-918, 25.
- ASSMANN, H. Klinische Roentgendiagnostik der Inneren Erkrankungen. — F. C. W. Vogel — Berlin.
- BUCKSTEIN, J. — Clinical Roentgenology of the Alimentary Tract. — W. B. Saunders Company, Copyright 940 (Filadelphia and London).
- 28)

- CASE, J. T. — Roentgenology of Pancreatic Disease. — The Am. Jour. of Roent. and Radium Therapy, Vol. 44, n.º 4.
- ENGEL, A. & LYSCHOLM, E. — New roentgenological method of pancreas examination and its practical results. — Acta radiol. 1934, 15.
- FELDMAN, M. — Clinical Roentgenology of the Digestive Tract. — Copyright 1938, Wm, Wood & Co. — Baltimore.
- HARING, W. — Die Erkrankungen des Bauchspeicheldruese im Roentgenbilde. — Ergebn. d. med. Strahlenforsch., — 1933,, 6.
- LINDBLOM, A. F. — Des alterations roentgenologiques de l'estomac et du duodénum dans les pancreatites. — Acta radiol. — 1928-29.
- RANSOM, H. K. — Carcinoma of Pancreas and extrahepatic bile ducts. Am. Jour. Surg., 1938, 11.
- TESTUT, L. e JACOB, O. — Traité d'anatomie topographique. (Tome second) — Gaston Doin & Cie., Editeurs, Paris, 931.

LABORATORIO KALMO

Secção industrial de VICENTE AMATO SOBRINHO & CIA.
SÃO PAULO

PRINCIPIO ANTITÓXICO DO FIGADO, SEGUNDO O MÉTODO DE FORBES

HEPACRITAN COFA

CADA AMPOLA DE 1 cc. CONTEM 1 UNIDADE RATO

USO INTRAMUSCULAR

MOLESTIAS HEPATICAS — INTOXICAÇÕES EXOGENAS E ENDOGENAS — ESTADOS ALERGICOS — PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA INTOLERANCIA PELAS SULFANILAMIDAS E PELOS ARSENOBENZÓIS — UREMIA E TOXIEMIA GRAVIDICA — TRATAMENTOS PRE' E POST-OPERATORIOS

o melhor regulador do figado e do intestino

Sulfobilina

Enxofre colloidal, bile, boldo, combretum, podophyllum, belladonna

Dose: 1 a 4 drageas após as refeições

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

CHOLFIG

Ampolas

CADA AMPOLA CONTEM 2 CC.

CHOLFIG

Líquido

CADA VIDRO CONTEM 125 CC.

Princípio ativo de alcachofra (cristalizado)
Extrato de Fígado altamente concentrado
Vitamina B₁ — Vitamina B₂

Colina Clorureto — Formina — Extratos
de Alcachofra e Jurubeba — Glicerina —
Peptona de Witte — Sulfato de Magnésio

Aplicações

AMPÓLAS: (Via intramuscular) — Insuficiência
hepática — Toxi-infecções — Ictericias — Intoxi-
cações medicamentosas — Nefrites — Anemias.

LÍQUIDO: Moléstias do aparelho digestivo — Coli-
tes — Auto-intoxicações — Cirrose — Fermentações.



LABORATORIO XAVIER * João Gomes Xavier & Cia. Ltda.

Rua Tamandaré, 553 — São Paulo

Penicilina, a nova arma antibacteriana

Dr. Felício Cintra do Prado

Professor de Terapêutica Clínica na Escola Paulista de Medicina

Os memoráveis trabalhos de PASTEUR e KOCH constituíram em medicina o ponto de partida para o tratamento específico, de prevenção ou cura, dirigido contra os agentes infecciosos. Tinha-se demonstrado a nocividade dos micróbios patogênicos, era preciso então fossem encontrados os meios capazes de impedir a sua penetração no organismo, de se opor à sua proliferação e de anular a sua atividade.

Verificou-se desde logo que certos meios físicos, como o calor, destruíam os germes e promoviam a assepsia. Descobriram-se depois substâncias dotadas de alto poder desinfetante, mas os germicidas e antissépticos químicos para uso externo não podiam ser empregados internamente, em concentração adequada, sem causar ao organismo danos tóxicos bem graves e até mortais. Finalmente, este obstáculo foi vencido com os trabalhos de EHRLICH e de alguns mais, há cerca de meio século, descobrindo substâncias químicas que, introduzidas no organismo infectado, iam destruir eletivamente os microparasitas causadores da infecção e ao mesmo tempo poupavam o organismo parasitado. Estavam lançadas as bases da quimioterapia antiinfecciosa!

Contudo, estes êxitos foram apenas parciais ou incompletos, por isso que obtidos somente na luta contra certos protozoários. Quanto aos outros agentes infecciosos, tão importantes como as bactérias, continuavam a desafiar a quimioterapia, embora já tivessem sido dominados, em muitos casos, pela imunoterapia, com o emprego de vacinas e soros específicos. Foi DOMAGK o verdadeiro iniciador da quimioterapia antibacteriana, em 1935, com os seus trabalhos sobre a sulfamidocrisoidina, da qual se isolou logo a seguir a sulfanilamida. Apareceram depois, numa série rápida e impressionante, os derivados da sulfanilamida, e já se pode dizer que posuímos atualmente, com as sulfamidas, poderosos meios de luta contra as infecções por bactérias.

Os sucessos da sulfamidoterapia continuam a empolgar os meios médicos. Todavia, com a anormalidade da guerra, chegam até nós irregularmente os relatórios dos empreendimentos científicos, e, às vezes, são as agências telegráficas e revistas leigas que antecipam notícias sobre recentes descobertas no campo da Tera-

pêutica. Está neste caso a vaga informação de que as sulfamidas têm agora um rival, a penicilina. Devo à gentileza dos colegas do *Fichário Médico-Terapêutico* a bibliografia que consultei sobre este novo agente antibacteriano e que resumirei a seguir. Conforme se verá, o assunto merece extraordinário interesse por parte dos clínicos, embora ainda se encontre naquela fase de franco otimismo, atravessada inicialmente pelas descobertas sensacionais.

* * *

Desde há muito tempo, têm-se feito pesquisas a respeito dos antagonismos microbianos. Os trabalhos de METCHNIKOW deram impulso à possibilidade de se explorar estes antagonismos, criando-se então uma nova classe de agentes antibióticos. Sabe-se, com efeito, que bactérias e cogumelos podem produzir substâncias dotadas de propriedades bacteriostáticas, bacteriolíticas e bactericidas. Nos últimos anos, descreveram-se várias substâncias deste grupo, como a gliotoxina, a actinomicina, a citrinina, a estreptotricina, a gramicidina e a tirocidina, a proactinomicina. Dentre todas, maior interesse parece ter agora a penicilina, pelas perspectivas imediatas do seu emprego em clínica.

A descoberta da penicilina data de 1929. Nesse ano, ALEXANDRE FLEMING¹, professor de bacteriologia na Universidade de Londres, publicou ter observado que um cogumelo do gênero *Penicillium* era capaz de produzir em cultivo uma substância filtrável, de ação bacteriostática altamente específica sobre várias bactérias Gram-positivas (estafilococos, estreptococos, etc.) e Gram-negativas (gonococos, meningococos, etc.). Tal substância, a que deu nome de penicilina ("Penicillin") não inibia o *B. coli*, o *Hemophilus influenzae* e outros microorganismos, mas pelas propriedades que já observara contra germes piogênicos, sugeria FLEMING fosse ela experimentada como antisséptico, no tratamento local da feridas infectadas.

Em 1932, CLUTTERBUCK, LOVEL e RAISTRIK² modificaram o meio líquido de Czapek-Dox e cultivaram nele o *Penicillium notatum*, verificando a produção de penicilina; desta, isolaram então um pigmento, que todavia não demonstrou possuir ação antibacteriana.

Em 1940, o assunto resurgiu, cheio de interesse, com os trabalhos de um grupo de investigadores, em Oxford. Com efeito, CHAIN, FLOREY³ e outros conseguiram obter das culturas do cogumelo um pó pardo, que em solução aquosa se conservava por muito tempo. Esta preparação primitiva, embora fosse um extrato impuro, mostrou possuir uma nítida e poderosa ação antibacteriana.

ABRAHAM, CHAIN, FLOREY, JENNINGS e outros⁴ do mesmo grupo de investigadores já especializados, voltam ao assunto em 1941, publicando em *The Lancet* um extenso relatório com os

métodos de produção, extração e purificação da penicilina, e também com os resultados de suas experiências *in vitro*, *in vivo* e em infecções piógenas no homem. A obtenção do produto final — um líquido alaranjado intenso — é certamente difícil e complicada: cerca de 100 litros de cultura dão 1 gr. de penicilina, após laboriosos processos de purificação. Esta penicilina "terapêutica", isenta da substância pirogênica assinalada nas preparações anteriores, é muito pouco tóxica quando diretamente aplicada nos tecidos. Seu poder bacteriostático *in vitro* foi demonstrado até na diluição de 1:1,000,000 e mais, sobre numerosos germes patogênicos para o homem (*N. gonorrhoeae*, *N. meningitidis*, *Staphyl aureus*, *Strepto-pyogenes*, *B. anthracis*, *Clostr. tetani* e outros). A ação não é interferida pelas substâncias que inibem as sulfamidas, como bactérias, extratos bacterianos, pus, autolisados de tecido, peptonas, ácido para-aminobenzoico; alguns germes são pouco ou nada sensíveis à droga, entretanto, no número dos sensíveis encontram-se alguns sulfamidoresistentes, como o *Strepto. viridans*, cujo crescimento é inibido completamente por uma diluição 1: 4,000. Foram feitas experiências de absorção e excreção, no coelho, no gato e no homem; a penicilina pode ser destruída pelo meio ácido do estômago; o material é excretado em alta concentração pela bile do coelho, e também em alta concentração pela urina das três espécies, metade ou mais da dose ao fim de 6 horas; após a injeção endovenosa de grandes doses, nenhum efeito tóxico; a substância ativa pode ser recuperada na urina e de novo usada. O medicamento foi administrado *endovenosamente* (100-200 mgr. várias vezes ao dia, para se manter a concentração sanguínea) em 5 pacientes com infecções estafilo, e estreptocócicas; *oralmente* (20 mgr. com bicarbonato de sódio, de hora em hora nas 3 primeiras horas, e depois cada 3 horas, durante 15 dias) a uma criança com infecção urinária estafilócica rebelde; *localmente* (diluição em soro fisiológico 1:500 e até 1:5,000) em 4 casos de infecção ocular. Em todos estes casos se obteve uma resposta terapêutica favorável.

A atividade bacteriostática da penicilina é avaliada da seguinte forma: ao centro de uma placa de ágar semeada com *Staphyl. aureus*, implanta-se um pequeno tubo cilíndrico, aberto nas duas extremidades, o qual é enchido de penicilina; após incubação de 12-16 horas a 37°, mede-se o diâmetro da zona de inibição ao redor do tubo. Esta técnica é também usada para se verificar a presença de penicilina no sangue e na urina dos doentes. ABRAHAM e colaboradores consideraram como unidade (arbitrária) a quantidade de penicilina que, dissolvida em 1 cc. de água, produz uma área de inibição com 24 milímetros de diâmetro médio. Uma unidade-Oxford é a quantidade de penicilina que dissolvida em 50 ml. de caldo simples inibe completamente o crescimento da cultura de *Staphyl. aureus*. Esta unidade-Ox-

ford, mais precisa do que a anterior, é a geralmente citada. Nos ensaios terapêuticos no homem, os referidos A.A. empregaram doses diárias de 40.000 — 50.000 U.O. (1 gr. do produto, e este com 40 — 50 U.O. por mgr.).

Perante a Sociedade de Bioquímica de Oxford, em Novembro de 1941, numa sessão consagrada ao modo de ação dos agentes quimioterápicos, CHAIN⁵ descreveu as propriedades químicas e físicas da penicilina em relação ao seu efeito bacteriostático. É um ácido forte com 2 grupos ácidos ou múltiplos de dois; na sua molécula verificou carbono, hidrogênio e oxigênio; dois grupos hidroxil, nenhum metoxil. O sal seco de bário, obtido da penicilina, mantém-se indefinidamente e, em solução aquosa, é mais estável entre pH 5 e 7. A ação antibacteriana perde-se pela oxidação com peróxido de hidrogênio e permanganato de potássio.

Na mesma sessão, ABRAHAM⁶ referiu-se aos métodos de purificação da penicilina. O sal bruto de bário obtido da cultura tem uma atividade de 15 - 25 U.O. por mgr. Depois de purificado (dissolução conveniente em água e eter, adsorção de impurezas, redução do material em solução neutra com alumínio-mercúrio e adsorção do pigmento restante por alumina), o sal branco de bário que resulta apresenta uma atividade de 240 U.O. por mgr. inibindo completamente o estafilococo na diluição de 1:5,000,000 e parcialmente na diluição de 1:16,000,000.

Em Junho de 1942, FLEMING⁷ publicou um trabalho comparando o poder bacteriostático *in vitro* do extrato impuro de penicilina, do sulfatiazol e da sulfapiridina no sangue humano (25 cc. de sangue sobre a placa de ágar) apresentando o seguinte quadro demonstrativo:

Comparação do poder bacteriostático da penicilina, do sulfatiazol e da sulfapiridina em sangue humano.

STAPHYLOCOCCUS				STREPTOCOCCUS HEMOLITICUS			
Concentração da droga	Colonias nas placas com sangue			Concentração da droga	Colonias nas placas com sangue		
	penicilina	sulfatiazol	sulfapiridina		penicilina	sulfatiazol	sulfapiridina
CONTROLE	28	25	26	CONTROLE	cerca de 100	cerca de 100	cerca de 100
1/640,000	23	29	—	1/3,200,000	cerca de 100	cerca de 100	cerca de 100
1/320,000	0	19	—	1/1,600,000	14	"	"
1/160,000	0	24	—	1/800,000	0	"	"
1/80,000	0	8	25	1/400,000	0	mais de 50	"
1/40,000	0	0	17	1/200,000	0	0	"
1/20,000	0	0	22	1/100,000	0	0	mais de 70
1/10,000	0	0	0	1/50,000	0	0	0

Em Dezembro de 1942, McINTOSH e SELBIE⁸ publicaram estudos experimentais, comparando o efeito do peróxido de zinco, da proflavina, e da penicilina, na prevenção da gangrena gasosa (*Cl. Welchii*) que, acentuam eles, apesar dos modernos tratamentos continua a ser uma complicação muito séria dos ferimentos de guerra, por causa da alta mortalidade ainda observada (30 % - 50 %). Os resultados da comparação mostram que a penicilina tem valor muito maior do que a proflavina e as sulfamidas no tratamento preventivo da infecção por *Cl. Welchii*, conforme se vê neste quadro:

Infecção do camondongo por CL. WELCHII. Efeito da sulfanilamida, do peróxido de zinco, da proflavina, e da penicilina, administrados localmente no momento da infecção.

D R O G A	N.º de exper.	Animais	Morte dos animais em dias			Sobre-vida 3 dias e %	Média n.º de dias sobre-vida
			1	2	3		
Sulfanilamida 40 mgr.	7	60	11	13	5	31 (52)	1.9
Peróxido de zinco 20mgr	4	36	7	7	4	18 (50)	1.9
Proflavina 0.5 mgr. ...	6	48	7	3	1	37 (77)	2.4
Penicilina 34 unidades	3	24	0	0	0	24 (100)	3.0

Neste mesmo artigo de McINTOSH e SELBIE há referências à gramicidina (DUBOS⁹, 1939) e à tirotricina (HOTCHKISS e DUBOS¹⁰, 1940) — substâncias análogas, pela sua origem, à penicilina, porém muito mais tóxicas do que esta e absolutamente impróprias para uso interno.

Fechando a citação de trabalhos, devo mencionar os estudos de HASSIB ASCHAR¹¹, publicados em Dezembro de 1942 na "Revista do Instituto Adolfo Lutz", desta Capital. Os estudos foram feitos com uma cultura enviada ao Instituto pelo Dr. Charles Thom, do "United States Department of Agriculture", com a indicação 144 — 5767 do germe de Fleming. O A., usando o método em placas, observou:

— os estafilococos (*aureus*, *albus* e *citreus*), os estreptococos (grupo *pyogenes*), os pneumococos e os gonococos sofreram nítida e semelhante inibição no crescimento pela penicilina;

— os estreptococos do grupo *viridans* foram também inibidos, porem, revelaram uma sensibilidade menor;

— as 2 raças de *Escherichia coli*, e as 2 de *Eberthella typhosa* examinadas, mostraram-se insensíveis à ação bacteriostática da penicilina.

Quanto à patogenicidade do *Penicillium notatum*, relata ainda ASHCAR que, para certificar-se si a sua manipulação poderia ou não oferecer perigo de infecção, inoculou coelhos, cobaias e camundongos com uma suspensão de esporos. Após 3 meses de observação, concluiu que os esporos do *P. notatum* não são patogênicos para esses animais.

Segundo estou informado, em mais de um centro de pesquisas desta Capital, prosseguem estudos sobre o assunto.

* * *

Para fechar estas notas, acentuarei alguns dados.

A penicilina, descoberta em 1929, foi preparada para fins terapêuticos em 1940. Fizeram-se então experiências *in vitro* demonstrativas do seu altíssimo poder bacteriostático sobre o crescimento de vários germes, em particular do *Staphylococcus aureus* e do *Streptococcus pyogenes*, que eram inibidos completamente até na diluição 1:1,000,000 do produto. Outras bactérias mostraram-se menos sensíveis, ou não foram influenciadas mesmo na diluição de 1:1000.

Experiências *in vivo* confirmaram desde logo a poderosa ação antibacteriana desse produto, extraído de culturas do *Penicillium notatum* no meio modificado de Czapek-Dox e purificado mediante processos especiais assás complicados. Sendo bacteriostática e não bactericida — no que difere da gramicidina e se assemelha às sulfamidas — a penicilina requer o auxílio do organismo para exercer finalmente seu efeito curativo. As experiências mostram que o produto não é tóxico para as células vivas nem para os tecidos mais delicados, mesmo na concentração de 1:500, limite muito abaixo da concentração eficaz. É um agente bacteriostático centenas de vezes mais ativo do que as sulfamidas e, ao mesmo tempo, menos tóxico do que qualquer delas; superior ainda à proflavina, que é provavelmente o mais tóxico dos desinfetantes usuais; substâncias também produzidas por fungos e bactérias, como gramicidina, estreptotricina etc., são incomparavelmente mais tóxicas do que a penicilina e aliás, por iso mesmo, não se têm prestado para usos clínicos. O efeito bacteriostático não sofre, por outro lado, a interferência de substâncias que inibem as sulfamidas: bactérias, extratos bacterianos, pus, autolisados de tecidos, peptonas e ácido para-aminobenzoico. Além disso, a penicilina atua certamente sobre o *Streptococcus viridans*

e outros germes sulfamido-resistentes¹², como os anaeróbios — o que tem grande importância prática.

Os ensaios em clínica são ainda pouco numerosos, pois o produto é escasso e de difícil obtenção. Na Inglaterra e nos Estados Unidos, têm sido feitas observações no tratamento preventivo e curativo de infecções piogênicas e outras, e os resultados até agora registrados parecem confirmar, ao menos em parte, as esperanças dadas pelas investigações de laboratório. Na Mayo Clinic e no Hospital Geral de Massachussets estão sendo realizados trabalhos sobre o assunto, bem como em outros departamentos sob a orientação do National Research Council (*Time*, 8 Fev. 1943). O uso em larga escala nos campos de batalha parece ainda impraticável, pela difícil conservação do medicamento em condições especiais de temperatura, etc.

Um pormenor de grande interesse acaba de ser acrescentado à questão: ABRAHAM e CHAIN¹³ conseguiram, em 1942, aperfeiçoar os métodos de purificação da penicilina. Esta nova "penicilina purificada" possui, segundo os estudos de FLOREY e JENNINGS¹⁴, um poder antibacteriano mais acentuado do que as anteriormente obtidas, inibindo completamente o crescimento do estafilococo na espantosa diluição de 1:25,000,000 e parcialmente na diluição de 1:160,000,000! Outras bactérias Gram-positivas, embora ainda não estudadas com a penicilina mais pura, que é escassa, são também inibidas em altíssimas diluições. Contudo, uma preparação de penicilina com a metade do poder da mais pura já obtida, mostrou inibir o crescimento da *Salmonella Typhi* e da *S. gaertneri* na diluição de 1:30,000 e ter algum efeito na de 1:120,000. Para se fazer uma idéia do que representam aquelas cifras de milhões, tão fora das cogitações alopáticas, pode-se recordar que o mais ativo desinfetante, o cloro, é empregado no tratamento da água na proporção de 1:5,000,000 e que a mais ativa toxina bacteriana conhecida, a botulinica, será capaz de exercer efeito tóxico até na diluição de 1:100,000,000.

ABRAHAM e CHAIN¹⁵ ainda não conseguiram obter o produto em forma cristalina. Sugeriram-se fórmulas químicas como $C_{24}H_{32}O_{10}N_2Ba$ e $C_{23}H_{30}O_9N_2Ba$. A análise espectrofotométrica faz supor que entram na molécula vários sistemas de anéis hidroaromáticos. A penicilina contém notável quantidade de nitrogênio — o que a distingue daquelas substâncias, acima citadas, produzidas por fungos e bactérias, e isentas de nitrogênio.

A complexidade da sua molécula e a instabilidade da penicilina perante ácidos, álcalis, metais pesados e outros reagentes, têm dificultado extraordinariamente as tentativas para se estabelecer a sua estrutura química — que seria então o ponto de partida para a síntese e a produção industrial da substância pura, como se faz com algumas vitaminas. No momento, reconhecidos

todos estes impecilhos, os centros científicos aguardam ansiosamente métodos de preparação e purificação menos complicados e que rendam maior quantidade do medicamento.

Já em 1941 os investigadores ingleses referiam que 100 litros da cultura do cogumelo forneciam finalmente mais ou menos 1 gr. de penicilina "terapêutica" ou cerca de 45.000 Unidades Oxford — o que representava a dose diária de tratamento, nos ensaios clínicos. A dificuldade principal não está certamente no aparelhamento para o cultivo em larga escala do cogumelo. O rendimento da produção é, sem dúvida, mínimo (1000 litros de cultura: 10grs. de penicilina) mas ainda assim superior, por ex., ao da extração de certos metais "preciosos", como o ouro (1000 quilos do minério: 4 grs. de ouro). Entretanto, uma vez extraída das culturas, a penicilina terá de ser complicadamente "purificada" até a preparação "terapêutica", e esta, depois de dosada em ensaios biológicos, exigirá ainda cuidados especiais de conservação.

Seja como fôr, não há motivos que justifiquem o esmorecimento dos investigadores, cujos esforços continuam orientados no sentido de se apurar a praticabilidade desta nova arma antibacteriana — a "maravilhosa" penicilina.

REFERÊNCIAS

- 1 — FLEMING, A. — *Brit. J. exp. Path.* 1929, 10, 226.
- 2 — CLUTTERBUCK, P. W., LOVELL, R., & RAISTRICK, H. — *Biochem. J.* 1932, 26, 1907.
- 3 — CHAIN, E., FLOREY, H. W., GARDNER, A. D., HEATLEY, N. G., JENNINGS, M. A., ORR — EWING, J., & SANDERS, A. G. — *Lancet* 1940, 2, 226.
- 4 — ABRAHAM, E. P., CHAIN, E., FLETCHER, C. M., FLOREY, H. W., GARDNER, A. D., HEATLEY, N. G., JENNINGS, M. A. — *Lancet* 1941, 2 177.
- 5 — *Lancet* 1941, 2, 762.
- 6 — *Lancet* 1941, 2, 762.
- 7 — FLEMING, A. — *Lancet* 1942, 1, 732.
- 8 — MCINTOSH, J., & SELBIE, F. R. — *Lancet*, 1942, 2, 750.
- 9 — DUBOS, R. J. — *Journ. exp. Med.* 1939, 70, 1.
- 10 — HOTCHKISS, R. D., & DUBOS, R. J. — *Journ. biol. Chem.* 1940, 136, 803.
- 11 — ASHCAR, H. — *Revista do Instituto Adolfo Lutz*, São Paulo 1942, 2, 309.
- 12 — FLOREY, H. W. & JENNINGS, M. A. — *Brit. J. exp. Path.* 1942, 23, 120.
- 13 — ABRAHAM, E. P. & CHAIN, E. — *Ibid.* 1942, 23, 103.
- 14 — FLOREY, H. W. & JENNINGS, M. A. — *Ibid.* 1942, 23, 120.
- 15 — ABRAHAM, E. P. & CHAIN, E. — *Ibid.* pag. 103.

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLÉSTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS,
EM 6 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. A. Dácio Franco do Amaral

Estudos sobre a "blastomicose brasileira" — Prof. Floriano de Almeida e Dr. Carlos da Silva Lacaz — Os AA. iniciam o seu trabalho chamando a atenção dos clínicos para o estudo do granuloma paracoccidióidico (blastomicose brasileira) e logo a seguir apresentam os dados por eles obtidos na secção de Micologia do Departamento de Microbiologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, onde, até 15 de abril de 1942 haviam sido fichados 570 casos. Mostram a distribuição desses casos de acordo com a cor, sexo, estado civil, idade, profissão, procedência e nacionalidade.

Na 2.^a nota, os mesmos AA. falam da grande resistência do "Paracoccidióides", quer nos tecidos parasitados, quer no pus.

Para comprovar o que afirmaram citam o caso de um pus de um paciente com blastomicose e que durante 3 anos está conservado em geladeira e o mesmo, após este tempo, ainda apresenta numerosas células vivas, com processo típico de reprodução. Um outro caso se refere a um gânglio de blastomicose conservado durante 5 anos em formol. Após este período de tempo, retirando-se material do centro do mesmo e semeando-se em Sabouraud-glicose houve crescimento do fungo.

Notas terapêuticas: os AA. mostram os resultados obtidos in vitro com a ação das diferentes sulfas sobre o "Paracoccidióides brasiliensis", afirmando que tais substâncias têm apenas uma ação fungostática. Aham, portanto, que ao lado da sulfamidoterapia sem-



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

Hormomercurialino Masculino

12 ampols de 1 c. c.

Solução de 0,01 de cyanureto de mercurio em 1 c. c. de soro hormonal masculino.

Hormomercurialino Feminino

12 ampols de 1 c. c.

Solução de 0,01 de cyanureto de mercurio em 1 c. c. de soro hormonal feminino.

pre deve ser dado aos doentes de blastomicose uma vacina específica que estimule a produção de anticorpos, os quais irão então destruir os parasitas.

Comentários: Prof. Samuel B. Pessoa. Quanto à primeira parte da conferência, do dr. Lacaz, tenho a dizer, que, como delegado do Brasil à Conferência Sanitária Pan-Americana, propuz que o Governo Brasileiro incentivasse o combate às endemias, o que ficaria a cargo de serviços especializados, que realizariam estudos epidemiológicos necessários para a boa orientação no combate das diversas endemias mais importantes. Assim sendo, penso que este serviço pode ser organizado em S. Paulo, pois o nosso Estado está em condição de os manter para maior benefício de nossas populações rurais. Isto é muito importante de se levar em consideração porque as endemias rurais, e no caso particular a blastomicose, têm tendência a invadir os grandes centros, sendo necessário organizar desde já o combate nas zonas rurais.

Quanto ao tratamento pelas sulfanilamidas, eu desejaria saber se são curas clínicas sujeitas a recidiva ou se são curas parasitológicas, com desaparecimento do gérmen.

Também seria interessante saber se vacina impede ou não a recidiva.

Quanto à 3.ª parte do trabalho, sobre a resistência do *Paracoccidioides*, está bem demonstrado que esta moléstia se pode disseminar de maneira muito intensa e daí o eu grande perigo.

Ademais, só tenho a felicitar os AA., que, com este trabalho, vieram contribuir de uma maneira brilhante para o combate às nossas grandes endemias rurais.

Dr. Carlos da Silva Lacaz: — Desejo agradecer as considerações do prof. Pessoa, que foi paraninfo de minha turma e a quem voto grande admiração desde os meus tempos de acadêmico. O prof. Pessoa trouxe comentários muito

interessantes a respeito desta questão, e eu estou de pleno acôrdo que se deva fundar em S. Paulo um centro encarregado do estudo e profilaxia das nossas principais endemias, a exemplo dos que já tem sido feito no Rio de Janeiro.

Quanto à questão das recidivas, a experiência que tenho demonstrado que a cura é apenas clínica, os doentes estão sujeitos a recidivas. Tenho acompanhado alguns casos, nos quais fizemos o tratamento pela Tiazamida e pela vacinoterapia. Os doentes melhoraram extraordinariamente, mas não se podia entretanto ter uma opinião rigorosa a respeito do resultado dos tratamentos.

Creio entretanto, que na cura da blastomicose, se deve usar tanto as sulfanilamidas, como as vacinas, pois estas estimulam o organismo a produzir anti-corpo.

A resistência dos parasitos é uma cousa excepcional. Em um caso de blastomicose, conservado o pus em geladeira durante 5 anos, pude verificar que os parasitos ainda estavam vivos, pois davam culturas positivas. O habitat destes parasitas é de preferência o meio vegetal.

Um caso de malária quartã no Estado de São Paulo — Dr. M. Pereira Barretto — M. F. P., 29 anos, sexo masculino, solteiro, residente na Capital do Estado de São Paulo.

Não apresenta, nos antecedentes, história de infecção malárica, embora, em diversas ocasiões, tenha estado em regiões malarígenas.

Em fins de março de 1942, fez uma excursão a Pádua Sales e passou a noite de 26 para 27 desse mês nas margens do Rio Mogi-Guaçu, tendo sido, nesta ocasião picado por mosquitos, abundantes no local. Veio, em seguida, para São Paulo e, em 3 de maio de 1942, apresentou-se com cefaléia, sensação de mal estar e dores musculares generalizadas. Três ou quatro dias depois teve febre (39°C) à tarde. No dia seguinte

não teve febre, mas esta reapareceu à tarde dos dois dias subsequentes, sendo a temperatura máxima observada de 40,5° C. Em 11 de maio teve um calafrio intenso, seguido de elevação de temperatura (40°C) e sudorese. Um médico que o viu nessa ocasião mandou fazer um exame hematológico em um dos laboratórios da Capital e o diagnóstico foi de terçã benigna. Com tratamento pela atebrina (1 comprimido 3 vezes ao dia durante 4 dias) os sintomas desapareceram.

Em fins de julho, após um período de dois ou três dias de sinais prodromicos, teve um acesso febril. Voltou a tomar atebrina com o que ficou bom.

Em 8 de setembro de 1942, teve um resfriado que cedeu com cafeaspirina; mas, em 18 do mesmo mês voltou a ter cefaléia persistente, náuseas, tonturas, sensação de mal estar e dores generalizadas pelo corpo. Em 18 de setembro teve, à tarde, 37,8°C; a febre voltou no dia seguinte (39,5°C). No dia 20 de setembro passou afebril e relativamente bem, mas, em 21 do mesmo mês, experimentou um acesso febril típico, com calafrio e elevação de temperatura a 40,5°C. O acesso, desta vez sem calafrio, voltou a repetir-se no dia seguinte à tarde, quando a temperatura atingiu 39,8°. No dia 23 de setembro passou sem febre.

Em 24 de setembro, pela manhã, vimos o doente. Trata-se de um individuo atlético, pesando 82 quilos. Apresentava-se sem febre e queixava-se apenas de fraqueza, mal estar, cefaléia e dores na região lombar. O baço se mostrava palpavel logo abaixo do rebordo costal e o fígado também palpável no rebordo costal e ligeiramente doloroso. À tarde do mesmo dia o paciente teve um acesso, com ligeira sensação de frio e com ascensão de temperatura a 40,2°C. O exame hemoscópico feito nessa ocasião revelou "P. malariae".

Procedendo à contagem parasitária obtivemos os seguintes resultados (24-9-42):

Trofozoitos	12.740
Esquizontes	9.880
Gametócitos	10.530
Total	33.150

Contagem global (20-9-42).

Eritrócitos —	4.100.000
Leucócitos —	6.500

Contagem específica (24-9-42) feita pelo Dr. J. Oria revelou o seguinte resultado:

Bastonetes	16,6
Segmentados	44,6
Eosinófilos	0,6
Basófilos	0
Linfócitos típicos	23,6
Linfócitos leucocitoides	9,0
Monócitos	5,3
Plamócitos	0,6
Células endotelióides	0,3

"Verifica-se uma linfocitose relativa. Neutrófilos no limiar mínimo normal, com bastonetose e alterações citológicas nitidas: rarefação das granulações neutrofilas, microvacuolização e presença de núcleos degenerados nos segmentados e bastonetes; neutrófilos com granulações tóxicas α e β . Eosinopenia discreta. Apesar do achado de alguns elementos endoteliais, não se observou fagocitose de pigmento malário pelos mononucleares, nem eritrofagocitose. Não há sinais de coparticipação nítida do S. R. E. circulante, pelo menos nesta fase (Dr. J. Oria)".

"Exame de urina" (25-9-42): — accentuada quantidade de albumina. Alguns cilindros granulosos. Raras hemátias e leucócitos.

"Exame de fezes" (25-9-42) — Cisto de "E. coli".

Em virtude da alta paresitemia e de sinais de comprometimento renal, não quizermos manter o paciente em observação por mais tempo e instituímos, no dia 25-9-42, pela manhã, o tratamento pela quinina (1,80 grs. em 3 doses por dia durante 8 dias). Nesse dia ainda o paciente experimentou um acesso à tarde. Mas, no dia seguinte, a febre desapareceu para não mais voltar. O tratamento

quininico será seguido pela administração de plasmokino (1 comprimido 3 vezes por dia, durante 4 dias).

Comentários: Dr. Dácio F. do Amaral — Agradeço a interessante comunicação de um caso de malária quartã em São Paulo, que veio demonstrar, que a proporção

que passam os dias aparecem maior número destes casos em nosso Estado. A observação foi bastante interessante, focalizando o aspecto clínico da malária quartã e de modo particular a tendência que ela tem em atacar os rins. Isto veio demonstrar que esta moléstia não é assim tão benigna como se pensa.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 5 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. Carlos Gama

Estudo sobre alguns casos de glioblastomas multiformes — Prof. Aderbal Tolosa e Dr. Carlos Gama — Os AA., a propósito da observação demorada e completa de 5 casos de glioblastomas multiformes, estudados, tanto na fase clínica como cirúrgica e posteriormente operatória, chamam a atenção para tais casos cujo quadro clínico, excessivamente polimorfo, induz, frequentemente, o médico aos mais variados erros diagnósticos. Depois de fazerem um apanhado geral sobre a natureza e o comportamento de neoplasias, apresentam dois pacientes operados, um há 9 meses, demonstrando um satisfatório sucesso cirúrgico. Finalmente, expõem os motivos que os obrigam a se tornarem extremamente reservados quanto ao prognóstico dos doentes, entre os quais motivos se salientam a tendência irreprimível do tumor às recidivas e o caráter maligno infiltrativo do processo neoplásico.

Concluem de suas observações, de acôrdo, aliás, com os autores que se têm ocupado do assunto, que as possibilidades cirúrgicas a esse respeito são dignas de consideração, embora permitam somente uma pequena sobrevivência dos operados.

Comentários: Dr. João Batista dos Reis — Nós que fomos alunos do prof. Tolosa estamos habituados com este modo elegante e documentado com que ele costuma apresentar as suas comunicações

clínicas, tôdas do teor da que acabamos de ouvir. Pudemos ter ocasião de apreciar o quão complexo é o diagnóstico neurológico e o problema da cirurgia do sistema nervoso, cujos resultados, diga-se de passagem, foram brilhantes nos casos apresentados. O meu comentário referir-se-á mais à parte líquórica, dizendo de início que a exposição foi completa e nos satisfaz inteiramente. Em Neurologia o liquor é mais uma prova de colaboração, mais uma folha a se acrescentar ao conjunto, para uma perfeita dedução clínica. Por vêzes, êle é, por si só, conclusivo. Nos tumores intra-cranianos as alterações líquóricas são variáveis. O quadro característico do síndrome de estase quando presente, é um elemento de alto valor semiótico, mas êste só se verifica quando há uma compressão de vasos sanguíneos exercida pela neoplasia. Os tumores que não atuem comprimindo os grandes vasos e que não determinem portanto, uma estase circulatória oferecem alterações líquóricas variáveis, por vêzes de difícil interpretação. São bastante interessantes estes casos particulares de tumores (glio-blastomas multiformes), porque, na maioria deles se encontra uma hipercitose em vez de dissociação albumino citológica. Outro fato que nos chamou a atenção foi o resultado obtido com a reação de fixação de complemento para cisticercos, pois, ela foi positiva de modo não específico em um dos casos relatados.

Isto, entretanto, está de acôrdo com as nossas observações, pois, somos de opinião que o antígeno desta reação não é absolutamente específico, sendo mais evidente a inespecificidade quando se faz a reação no sôro sanguíneo. O líquido, entretanto, por ser um meio menos atingido pelas agressões exteriores que o sangue, constitui o meio ideal para realizar-se esta reação. Assim, continuamos entusiastas desta reação quando aplicada ao líquido, baseando-nos em nossa experiência e em tudo aquilo que já demonstrou Osvaldo Lange. Cremos que o caso do prof. Tolosa é uma observação isolada, constituindo um resultado não específico possível de ser encontrado com qualquer reação sorológica. Particularmente, temos também observado raros casos de reação positiva inespecífica. Outro fato interessante é a observação da reação de Steinfeld positiva, em um destes casos, indicando sofrimento do tecido nervoso, como, aliás, já temos observado com o prof. Paulino W. Longo.

Freud e seus discípulos dissidentes — Dr. Paulo Lentino — O conferencista procura demonstrar que as dissidências dos discípulos brilhantes que foram "Jung, Rank, Adler e Stekel", era inevitável, pois que eles aprenderam com o mestre um novo método de investigação psicológica, que lhes abriu novos horizontes.

Não vê nessas dissidências um motivo de enfraquecimento da psicanálise, mas, pelo contrário, uma prova de sua pujança, uma vez que as novas escolas satélites vieram completar a doutrina de Freud em muitos pontos obscuros, sendo que elas, em conjunto, formam um todo harmônico. Em uma comparação sintetiza bem isso:

"Enquanto Freud estudou as condições do terreno e a importância das raízes no desenvolvimento de uma árvore, Jung foi mais além e estudou as características da semente. Rank deu toda a importância ao ato da germinação, não

se preocupando muito com os outros fatores. Adler estudou também as condições do terreno — mas sob um outro aspecto — e principalmente os fatores climáticos que pudessem prejudicar o desenvolvimento e, afinal, Stekel se serviu dos frutos produzidos procurando-lhes uma aplicação prática".

A seguir apresenta rapidamente a essência de cada uma das doutrinas dos discípulos dissidentes e suas relações com a doutrina-mãe, considerando-as tôdas de grande valor e originalidade.

Para finalizar, tece um elogio: "Freud, que soube com energia e serenidade únicas, suportar todos os revezes e oposições, até seus últimos dias, quando exilado, minado por uma moléstia incurável, despojado de seus bens materiais, ainda demonstrava fé inabalável na Ciência, nos destinos da humanidade, no triunfo da Verdade e da Liberdade, que êle sempre defendeu e honrou acima de tudo.

Comentários: Dr. Francisco Tancredi — Tratando-se de uma conferência e de acôrdo com o regulamento interno das sessões, o presente trabalho não será apostado em discussão.

O dr. Lentino trouxe-nos hoje um trabalho muito oportuno e feliz, fazendo um apanhado geral da obra de Freud e seus discípulos. Foi de fato muito oportuna a conferência, pois, os nomes dos discípulos de Freud eram pouco conhecidos em nosso meio, ao contrário do de seu grande mestre. Os psicanalistas estão acostumados à análise de suas obras, mas o psiquiatra clínico pouco se dedicava ao seu estudo.

A dissidência em tôrno da escola de Freud não representa uma tentativa de desmoronamento da obra do grande clínico austriaco, como de início poderia parecer, mas, sim, o seu enriquecimento, pois, trilhando por caminhos diferentes, estes continuadores procuraram elevar a psicologia analítica, a qual, em breve, terá uma base terapêutica mais científica.

A orientação biotipológica em antropologia: definição do argumento, evolução, estado atual — Dr. Edmur de Aguiar Whitaker — O A., depois de frisar que a essência da biotipologia radica no conceito das variações individuais correlatas, faz um estudo histórico e crítico do argumento até aos nossos dias.

As escolas biotipológicas atuais de G. Viola e E. Kretschmer e seus discípulos e continuadores não resistem à crítica contemporânea, apresentando-se como desprovidas de base científica, diante dos numerosos fatos estabelecidos em contrário. Assim, também para a biotipologia de Jaensch.

Crítico das anteriores orientações biotipológicas e apoiando-se estritamente no aspecto fundamentalmente estatístico do problema (correlação de variáveis), W. Sheldon e colaboradores apresentam novas diretrizes, em que procuram fugir aos erros dos predecessores e ater-se estritamente à essência do problema.

A conclusão final, no presente, é de que a biotipologia, após longa evolução, após a queda de numerosos sistemas demonstrados falsos, assume hoje, com W. H. Sheldon etc., uma posição cientificamente aceitável.

No âmbito prático, entretanto, estamos ainda no mero terreno das especulações, nada se podendo dizer, por hora, quanto à aplicabilidade utilitária das referidas vistas, senão que parecem aplicáveis. Neste terreno só nos resta, presentemente, pesquisar e esperar.

Outrossim, melhor precisados os alicerces do argumento, teoricamente, abrem-se perspectivas outras para novas e originais pesquisas.

A biotipologia é, ainda, uma ciência nos primórdios de sua construção.

Comentários: Dr. Coriolano R. Alves — O dr. Whitaker trouxe-nos, hoje, uma comunicação sob o título seguinte: "Estado atual da biotipologia". — A definição dada

pelo dr. Whitaker à biotipologia é bem diversa do que realmente ela é pois a biotipologia não é a ciência das correlações mas sim a ciência criada por Pende, para estudar o indivíduo, sob o aspecto morfo-psicológico.

Além disso, a biotipologia analisa as diferenças existentes entre os indivíduos.

Ora, estas diferenças individuais obedecem às leis como muito bem assinalou o dr. Whitaker.

Tomando por base essas leis, poderemos estabelecer os diferentes graus de variações individuais para mais ou para menos.

Entretanto, é desejo meu frisar aqui o conceito em que é tido a biotipologia, pois as idéias expostas pelo autor, referindo-se apenas ao método de Viola, sem ao menos citar o nome de Pende, o criador da ciência do individual, dão margem a comentários.

Ora, o método de Viola é a biotipologia; esta serve-se do método de Viola apenas para as mensurações antropométricas e classificação.

Quasi todos os nossos biotipologistas adotam o método de Viola. Os precursores dos estudos biotipológicos no Brasil, os professores Rocha Vaz e Berardinelli, adotam esse mesmo método antropométrico para a classificação da relação tronco-membros, o que permite classificar todos os indivíduos. Assim, se houver harmonia na relação tronco-membros o indivíduo será classificado como normal. Entretanto, essa harmonia de relações poderá ser considerada no sentido crescente ou decrescente.

Parece-nos, no entanto, que o dr. Whitaker não esclarece bem este ponto no presente trabalho. Sabemos que as diferenças individuais embora sejam tantas quantas são os indivíduos não são caóticas; obedecem às leis estabelecidas por Quételet. Este antropologista, como se sabe, estudando a altura de milhares de soldados americanos verificou que os números alcançados obedeciam

a uma série de variação continua; observou que de um lado e doutro do valor médio-normal se distribuíam, homologamente, os valores excedentes e os deficientes.

Quanto aos nossos estudos, referidos pelo autor, temos a dizer que realmente examinámos esquizofrênicos maníacos-depressivos, sob o ponto de vista biotipológico e que o método antropométrico adotado por nós no Hospital de Juqueri é o de Viola. Todos os graus de desvios foram aferidos pelas tabelas de Isaac Brown, os quais nos permitiram classificar todos os indivíduos.

Quanto à variação dos tipos somáticos tivemos a oportunidade de verificar algumas vezes, que indivíduos longilíneos apresentavam depois de algum tempo, tendências ora para a normotipia, ora para a braquiptipia, não se tratando, porém, de tipos bem definidos. Não é erro, pois, vemos indivíduos classificados hoje como longilíneos transformarem-se amanhã em brevilíneos ou normolíneos se transformarem em brevilíneos.

Isto é devido, naturalmente, às diversas fases biológicas da vida, pois os tipos humanos, como sabemos, nada mais são do que a expressão de uma constituição diferente e, portanto, geralmente variáveis de acordo com os vários períodos biológicos pelos quais passa o indivíduo.

O dr. Whitaker cita vários antropométricos e biométricos incluindo o de Viola e sua classificação, criticando-os.

A crítica feita ao método e classificação de Viola, creio eu, é injusta, pois a-pesar-de tudo é ainda o método que se nos afigura o melhor entre os demais existentes, não só porque se baseia em cálculos e medidas matemáticos com também por ser o mais racional e eficiente de todos e de fácil aplicação à clínica.

Desejava, ainda, perguntar ao dr. Whitaker, qual o método antropométrico adotado no Gabinete de Investigações de São Paulo?

De nossa parte achamos que o método de Viola, aplicado à biotipologia é, até hoje, o único capaz de resolver os problemas referentes aos assuntos biotipológicos.

E' verdade que as várias escolas tipológicas adotam também métodos diferentes, os biométricos e os antropométricos. Talvez seja por isso mesmo que os resultados obtidos nos vários estudos sejam também diversos.

A biotipologia, segundo a escola italiana, tem no método de Viola a vantagem de considerar o indivíduo na grandeza absoluta de suas partes e nas proporções relativas; as medidas são tomadas em saliência ósseas fixas enquanto as dimensões transversais dos membros não são tomadas em consideração, por serem variáveis e dependerem do estado de nutrição.

Dêsse modo o método de Viola permite, até certo ponto, que as relações fundamentais sejam precisas e bem definidas e o estudo morfológico dos indivíduos possa ser feito em qualquer condição. A não ser que apareça um outro método mais eficiente, achamos que o da escola italiana é o melhor.

Eram estas considerações que desejava fazer no sentido de esclarecer o conceito geral sobre a biotipologia.

Referindo-me ainda à aplicação do índice de correção aos dados estatísticos, apresentados pelo autor, quero aqui deixar o meu agradecimento pelo que me foi dado a conhecer.

Dr. Edgard Pinto César: — Ouvi com a máxima atenção o trabalho do dr. Whitaker, tendo observado que ele não aplicou pessoalmente o método, mas limitou-se a fazer um estudo crítico dos rebanhos estatísticos. O critério adotado é de caráter científico e seus resultados dignos de demorada análise e comprovação. Mas é preciso que se note que esses resultados por ele obtidos estão até certo ponto de acordo

com estudos que acabamos de fazer no Hospital Central de Juqueri em colaboração com o dr. Coriolano R. Alves. De acôrdo com os nossos estudos, apuramos uma grande falha no critério adotado por Kretschmer que diferentemente da escola italiana, leva exageradamente em consideração mensuração de circunferências corporais e não de diâmetro. Ora, as circunferências corporais variam no mesmo indivíduo, de acôrdo com o estado de nutrição de modo que perde o seu valor de base a um método antropométrico, sem que esses dados sejam corrigidos. Este é um dos pontos falhos do método de Kretschmer, que assim manipula dados individuais variáveis, para classificação biotipológica. Ainda mais, contrariamente às afirmativas de Kretschmer, verificamos em Juqueri que a idade pode modificar extraordinariamente os resultados obtidos. Aliás, estes estudos serão o motivo de uma nossa próxima publicação. Assim sendo, creio que este método deve sofrer uma revisão e nisso eu estou de acôrdo com o dr. Whitaker pelo seu trabalho que, de certa maneira, veio trazer a confirmação dos nossos próprios resultados.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 19 DE OUTUBRO

Psicoses de guerra — Dr. Nelson Pires — O A. fez um apanhado geral sôbre as psicoses e neuroses mais frequentes observadas nos campos de batalha e suas reatuardas imediatas, não se preocupando com as psico-neuroses das populações civis. Dedicou-se, especialmente, ao problema terapêutico, assinalando as vantagens da reedução e readaptação do doente na própria linha de frente, afim de se impedir as chamadas neuroses coletivas. Dos meios de tratamento, indicou a psicoterapia como a mais exequível nos meios de guerra, contraindicando todos os métodos de choque que requerem a hospitalização e portanto a retirada do soldado da frente de batalha.

52)

Dr. Carlos Gama: — Agradeço ao dr. Whitaker ter vindo à nossa sessão para apresentar a sua comunicação, que foi de fato muito interessante, o que se deduz pelos comentários que despertou.

Dr. E. de Aguiar Whitaker: — Respondendo ao dr. Coriolano Roberto Alves e dr. Edgard Pinto César, quero, em primeiro lugar, agradecer os comentários e elogios feitos ao meu trabalho.

A crítica que faço ao método de Viola é imprecisa e não se refere ao dr. Coriolano, que é um técnico absolutamente competente no âmbito da prática tipológica.

Entretanto, como se deduz da doutrina, de todos os trabalhos de Viola, a correlação das variáveis do organismo constitui a base do seu sistema. E mesmo muitos trabalhos daquele autor ou seus colaboradores referem-se a pesquisas idênticas às que realizamos ou que citámos em nosso trabalho, no domínio da correlação.

Assim, para que o sistema se mantenha é necessário que existam as correlações que implica. Se isto não se dá, como pensamos ter demonstrado, o método carece de valor.

Presidente: Dr. Carlos Gama

Reações psico-neuróticas na amebiose crônica — Dr. Virgílio de Camargo Pacheco — O trabalho foi publicado na íntegra. Ver Rev. Paul. de Medicina, XXIII, março 1943.

Comentários: Dr. J. A. Mesquita Sampaio: — Em primeiro lugar, peço venia para ressaltar o motivo que nos trouxe a esta sessão, hoje. A primeira circunstância era a de verificar a já notória importância desta Secção e pelo que vi, só lamento não ter tido mais oportunidades de frequentá-la mais vezes, no que fico impedido pelos meus afazeres. Em segundo lugar, o teor dos temas que seriam aqui ventilados eram sobremaneira atraentes e de real atualidade, estando isto de acôrdo com a nossa plata-

forma na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, como fizemos questão de ressaltar por ocasião de nossa posse.

Em relação ao dr. Virgílio Pacheco, que esgotou a matéria, assunto de sua conferência, queremos mostrar a atenção e o apreço de que ele nos é merecedor, trazer também o nosso subsídio de clínico militante, portanto habituado a casos semelhantes aos que ele acaba de nos apresentar. Pedimos licença com estas palavras para fazer algumas considerações em torno do seu trabalho.

De início, devemos dizer que estamos inteiramente de acordo com o que acabamos de ouvir. De alguns pontos que desejamos lembrar, em primeiro lugar ressaltamos a questão da cronicidade da amebíase, o que aprendi em primeira mão de meu mestre, o prof. Almeida Prado, que não se cansa de afirmar que a amebíase, em nosso meio se apresenta as mais das vezes, sob forma crônica, sendo muito menos frequente a sua forma aguda.

A respeito da incidência das manifestações psico-neuróticas da amebíase devemos ressaltar que digna de mais atenção neste aspecto está a giardíase, em virtude talvez de sua localização. É verdade que a amebíase produz síndromes neuro-vegetativas mas no caso da giardíase estes sintomas são muito mais intensos, em virtude de sua localização preferente na vesícula, sobreindo então disinesias vesículo-duodenais, precedidas, muitas vezes, de cólicas hepáticas. De nossa parte temos mesmo o caso de uma parente de colega nossa que chegou a sofrer a intervenção como se sofresse de litíase, após um mês inteiro de cólicas hepáticas. O ato cirúrgico veio entretanto demonstrar que a sua vesícula estava repleta de giárdias, vindo a restabelecer-se das cólicas referidas após o tratamento das giárdias, então instituído.

Com respeito à patogenia dos sintomas da amebíase, quer nos

parecer que o dr. Virgílio não foi muito insistente neste particular, pois é provável que o sistema nervoso fosse comprometido nestes casos, através do sistema glandular. O próprio hipertireoidismo é um quadro bastante encontrado nestes casos e justificam mesmo os quadros residuais psiquiátricos ou mesmo os quadros neuro-psiquiátricos, que, muitas vezes, predominam no quadro da amebíase, sobre qualquer outra manifestação. Também a suprarrenal é muito solicitada nestes estados, e, portanto, um hipertireoidismo secundário, decorrente de um hipersuprarrenalismo é perfeitamente justificável como uma das consequências da amebíase.

Um outro fato interessante é a reação de fixação de complemento que constitui um elemento importante para o diagnóstico da amebíase, principalmente nos casos crônicos, em que, nem sempre, o exame de fezes é positivo.

Eram estas as considerações que desejávamos fazer à brilhante comunicação do dr. Virgílio Pacheco.

Dr. Fernando de Oliveira Bastos: — Depois da interessante comunicação do dr. Virgílio Pacheco e dos comentários do dr. Mesquita Sampaio, eu entendo oportuno citar aqui um caso, mais ou menos recente, que tive oportunidade de observar e que está perfeitamente dentro do assunto. Assim é que tive oportunidade de ver uma senhora húngara que há 8 meses vinha apresentando manifestações histeriformes; a conselho médico fez um exame de fezes que revelou a presença de Endameba histolytica, comprovando uma amebíase. Feito o tratamento específico, foi considerada curada há cerca de dois meses, cura esta confirmada com dois exames de fezes negativos. Entretanto o quadro psíquico continuava bastante intenso com tendência à agravação. Foi neste estado que a doente nos procurou. Ao exame tive ocasião de encontrar sintomas de hipertireoidismo,

confirmado pelas provas de laboratório (metabolismo basal). Eram estas as considerações que queria fazer felicitando o dr. Virgílio pelo interessante trabalho que nos trouxe.

Dr. João Batista dos Reis: — Desejo ressaltar a interessante orientação, que o dr. Virgílio Pacheco segue em clínica psiquiátrica, procurando antes de iniciar o tratamento, investigar se não existe uma causa orgânica condicionadora ou agravante da doença mental. O presente trabalho é mais uma prova do resultado brilhante obtido com este método.

Assim, apresentamos ao dr. Virgílio, em nome da mesa, as nossas felicitações.

Dr. Virgílio Camargo Pacheco: — Tenho neste momento a satisfação de ver o meu trabalho comentado favoravelmente pelos colegas. Devo dizer que deixei de me alongar, para não ser muito extenso, na questão do hipertiroidismo mas concordo que este quadro é de fato encontrado nos casos de amebíase.

Síndrome de Bickel e anorexia mental — Dr. Celso Wey Magalhães — O A. descreve os quadros clínicos da "anorexia mental" e do "hipopituitarismo anterior de Bickel", ressaltando sua analogia quase completa. Faz um resumo histórico dos trabalhos existentes sobre o assunto, assinalando as diversas correntes de opinião a respeito desses casos, umas considerando exclusivamente causas psicogênicas e outra ligando todos os sintomas ao hipofuncionamento antehipofisário.

Depois de relatar a observação clínica de 3 doentes, todas do sexo feminino, que foram tratadas no Sanatório Pinel, o autor evidencia os sintomas principais, que todas apresentavam, tais como a anorexia de tipo mental, o emagrecimento, a hipotensão arterial, a bradisfigmia, o aspecto de envelhecimento precoce e a amenorreia. Insiste sobre a constitui-

ção psíquica daquelas doentes, todas as três inteligentes, hipermotivas, mal adaptadas às contingências vitais, que, tendo sofrido traumas emocionais, reagiram de modo semelhante, com idêntica repercussão sobre a esfera digestiva, consubstanciada na anorexia mental.

Estudando os seus casos à luz da patologia psico-somática, o autor lembra os conhecimentos atuais sobre a fisiopatologia do complexo hipotálamo-hipofisário, assinalando a importância do hipotálamo na regulação do tonus emocional e sua vulnerabilidade em relação aos estímulos psíquicos. Supondo que a constituição mental de suas doentes seja a tradução de uma especial fragilidade do hipotálamo aos traumas emocionais, e considerando o importante papel dos centros hipotalâmicos na regulação funcional da hipófise, o autor julga razoável a concepção de um mecanismo psico-hipotálamo-pituitário para explicar a patogenia dos casos que observou.

Termina por justificar a terapêutica empregada nos três casos, com a qual obteve bons resultados, consistindo em isolamento, recursos de técnica alimentar, psicoterapia e administração de doses elevadas de preparados à base de hipófise anterior.

Comentários: Dr. J. A. Mesquita Sampaio: — É necessário que se saliente o quanto de erudição e contribuição pessoal traz a comunicação que acabamos de ouvir. Peço licença, para, como um apaixonado da endocrinologia, trazer alguns apartes a este trabalho, baseado na prática que o manuseio diário da especialidade me permite. O dr. Wey de Magalhães, disse muito bem sobre a distinção entre o síndrome de Baroux, Simonds e Bickel. — O síndrome de Simonds é um síndrome incurável, mortal e isto por si só já serve como um elemento para o diagnóstico diferencial. Quanto ao síndrome de Baroux fica desde logo à margem.

Falou com muita insistência o dr. Wey de Magalhães sobre a hipofunção da hipófise anterior. Neste ponto estou em divergência, mas devo antes lembrar, que, a propósito, os últimos livros de Maraion falam em um síndrome hipófise-mental. Isto vai ser mesmo motivo de trabalho que faremos em colaboração com o dr. Carvalho Ribas, sobre o síndrome hipofisário em doentes mentais. O estudo de testes mentais é muito importante nestes doentes, pois eles podem refletir até certo ponto o estado da sua hipófise patológica ou deficitária.

São estas as considerações que nos permitimos fazer, mais no sentido de trazer a nossa impressão apaixonada por um capítulo da medicina de tão grande valor prático.

Em relação à etiologia, Maraion acredita em um fator hereditário para as disfunções hipofisárias. É também interessante chamar-se a atenção para a influência que, até certo ponto podem ter os acidentes traumáticos do cérebro, que podem ser motivo de lesões glandulares, refletindo, mais tarde, sob a forma de um desequilíbrio neuro-glandular. Os fatos experimentais vem confirmar, que, realmente, os traumatismos cranianos, podem trazer uma deficiência de desenvolvimento nos animais.

Dr. Francisco Tancredi: — Em nome da mesa, agradecemos a belíssima contribuição do dr. Wey de Magalhães, que ficou caracterizada pela tendência organicista do autor. Em determinado momento chegamos a pensar que a sua orientação era a de aceitar na patogenia deste síndrome os fatores sômato-psíquicos, mas as conclusões a que chegou, revelaram que a sua orientação é totalmente endocrinológica. Confessamos, entretanto, que não nos convenceu totalmente a origem endocrinopática, especialmente, nos dois últimos casos citados pelo autor. Nos 3 casos os antecedentes pré-mórbidos dos pacientes foram

muito nítidos, especialmente no 2.º e 3.º que tiveram um ambiente propício para que instalasse uma neurose. No 3.º caso, principalmente, ficou muito frisado o aspecto obsidente que levou o paciente a uma anorexia mental. Falta-nos, entretanto, um cabedal endocrinológico para discutir a profundidade do assunto, mas pensamos que de forma alguma deve ser desprezado o conjunto psicológico. É possível que o A. tenha uma tendência organicista e não aceite as neuroses do ponto de vista puramente funcional, falando apenas em um desarranjo funcional, mas, também, é indiscutível que a origem psicológica de certos fenômenos às vezes interpretados como fenômenos orgânicos não deve ser desprezada.

Dr. Celso Wey de Magalhães: — Ao dr. Mesquita Sampaio quero agradecer a sua bondade. Desejo apenas esclarecer que no tocante à terapêutica destes doentes, sempre usei preparados que contivessem todos os hormônios secretados pela hipófise anterior, porque julgo, que nestes casos, a insuficiência pré-hipofisária é total. Entretanto, devido a questões de ordem prática, não consegui lançar mão destes produtos fazendo entretanto sempre o possível para atingir este desiderato.

Ao dr. Tancredi, creio que ele não interpretou bem a minha opinião. Realmente, temos uma tendência organicista, mas ela não vai a ponto de negarmos as causas psicogênicas no aparecimento de distúrbios psíquicos e somáticos. A nossa tendência endocrinopática foi para explicar o mecanismo desta afeição, que tem, como causa primordial, um mecanismo psíquico, mas, que encontrava um terreno fácil, que daria, assim, a sua tradução fisiológica, por meio de uma endocrinopatia. Aceito as causas psíquicas como desencadeantes da anorexia mental, mas o mecanismo pelo qual se processa este quadro, que é inteiramente somático, será o de uma insuficiência anterior funcional da hipófise.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, EM 10 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro

Casos de diagnóstico obscuro

— Dr. Domingos de O. Ribeiro —
O A. apresentou um caso em estudante de medicina, que apresentava um cancro de inoculação com linfangite palpável e mesmo visível do penis, linear, um cordão pouco espesso, porém bem consistente o gânglio localizado no dorso da raiz do penis e do tamanho de um grão de milho. O cancro de inoculação era apenas assinalado por um ligeiro eritema. Data de inoculação provável 3 semanas.

Não foi possível estabelecer diagnóstico pelas reacções de Wassermann e Frei, repetidas e o doente examinado diversas vezes não apresentou sinais reveladores de qualquer das afecções cutâneas.

Ao cabo de um mês, sem tratamento as lesões cutâneas e linfáticas desapareceram sem sequelas.

Os estreptococos em dermatologia

— Dr. Benedictus Mario Mourão — O A. fez uma revisão das estreptococias, especialmente das dermatoses classificadas por Sabouraud e sua escola, em que o estreptococo foi responsabilizado como a causa etiológica. Recorda os trabalhos sobre a pesquisa do estreptococo em pele normal, comentando mais pormenorizada-mente as experiências de Photinos e Haxthausen. Tem a impressão de que as chamadas estreptodermias merecem nova revisão sob um prisma mais bacteriológico, não se descuidando, entretanto, dos factores individuais e gerais que propiciam a implantação dos germes piogénicos na cutis, especialmente no nosso meio. Há, necessidade de estudar os estreptococos segundo o seu tipo de hemólise classificação sorológica, virulência, toxigénese e comportamento bioquímico. Os AA. que se dedicaram a esses estudos, com raras excepções, apenas assinalam a presença do estreptococo sem, contudo, entrar

nesses detalhes técnicos. Ora, é sabido que os estreptococos considerados patogénicos são os bêta-hemolíticos e a maioria destes incluídos no grupo sorológico A de Lancefield. Sabe-se também que os estreptococos hemolíticos raramente habitam a epiderme normal.

Lembra em seguida os interessantes estudos sobre mecanismos de autodesinfecção da pele e as experiências de Colebrook, Marchionini e Arnold e colaboradores. Mais um motivo prova a revisão das estreptodermias em nosso meio está na concepção de Simonds, Taylor S. Arnold, que afirmaram ser os estreptococos hemolíticos menos frequentes nos países tropicais do que nos países temperados ou de clima frio.

Cita em seguida uma série de pesquisas bacteriológicas que efetuou neste sentido, mostrando que o problema é bem mais complexo do que se imagina, mas que um estudo metódico poderá esclarecer fatos importantes para o diagnóstico e terapêutica das piodermias. Acredita que este mesmo critério deve ser adotado no estudo das estafilococias cutâneas. Termina a sua comunicação dizendo que as piodocias constituem um capítulo da maior importância em dermatologia e bastante descuido sob o ponto de vista bacteriológico.

Comentários: Dr. H. Cerruti: — Tenho 2 referências a fazer: em 1.º lugar penso que o estreptococo não é tão frequente e acreditado que o colega tenha caído em casos de evolução bastante longa, pois é raro que uma estreptococcia permaneça sempre como tal; há sempre uma predominância de estafilococos. Em segundo lugar é quanto ao estafilococo; efetivamente, na divisão destes germes não é a questão de cor que condiciona a patogenidade e também casos de albus nos quais os germes não são tão patogénicos.

Prof. Mário Arton: — A patogenia do estreptococos nas manifestações cutâneas é importante. Eu acho que é difícil um estudo sobre a virulência destes germes. Não existe um germe que se modifique com tanta rapidez como este. Sabemos que os estreptococos adquirem características absolutamente diferentes das características originais. Todos conhecem os trabalhos da escola americana e da escola italiana a respeito. O individuo adquire uma lesão muito aguda, mas, depois, o germe perde a virulência, devido a uma maior resistência.

O dermatologista e o bacteriologista devem estudar conjuntamente as causas que determinam as variações da virulência desses germes.

Dr. Domingos O. Ribeiro: — Os estreptococos não são tão frequentes quanto os estafilococos entre nós e verificamos a pouca frequência de casos típicos de estreptococcias.

Dr. Aranha Campos: — Estou fazendo um trabalho sobre o assunto e tenho encontrado casos de estreptococcias, procurando todos os fatores de infecção possíveis; amígdalas, cadeia de gânglios, et. E tenho encontrado, é bom frisar, uma predominância quasi que absoluta de estreptococos.

Como não tenho competência para estudar isto, ofereço as coleções isoladas para o dr. Mourão as aproveitar.

Dr. B. Mourão: — Agradeço os comentários. A minha intenção foi focalizar a questão. A minha experiência é relativamente pequena. Os casos que tive oportunidade de examinar foram de surto recente. Naturalmente, que tive o cuidado de examinar bolhas recentes, não rompidas, procurando sempre, como é técnica, separar as bolhas purulentas das não purulentas.

Quanto aos estafilococos, estou de pleno acordo com o dr. Ceruti, pois também penso que a questão da cromogenicidade não seja essencial, seria mais interes-

sante estudar as toxinas secretadas por estes germes e sua virulência. Quanto ao prof. Arton, estou de acordo com o fato de o dermatologista se colocar sempre ao lado do bacteriologista. E ainda mais acredito que a verificação da virulência é um fato que se pode pesquisar, até com muita exatidão, logo após o isolamento da bactéria. O germe, passado algum tempo, vai perdendo as suas qualidades essenciais de virulência e vai-se tornando saprófita quando conservado "in vitro".

Quanto ao dr. Aranha, tenho a acrescentar que Mc. Even acha que o pêfigo seja de infecção focal. De um caso ele isolou um estreptoco em liquido de bolhas e por hemocultura e o recuperou na necrópsia. Agradeço a oferta da colocação de estreptococos e terei imenso prazer em colaborar no seu trabalho.

Ao dr. Domingos sou grato pela referência e, principalmente, pela elucidação da parte clínica. Estou de acordo, mas julgo que pelos meios adequados de que disponho, pode-se separar, perfeitamente, os estreptococos dos estafilococos quando em associação.

O sr. presidente agradeceu a comunicação, declarando que a enfermaria de serviço onde trabalha na Santa Casa está à disposição.

A prova de transferência passiva de Walzer-Kenedy — Drs. Domingos de Oliveira Ribeiro e N. P. Guilherme Christiano — Os AA., considerando a técnica de Walzer modificada por Kenedy como a que mais imita as condições naturais de produção das tóxicodermias de origem interna, procuraram efetuar a transferência passiva com o soro sanguíneo de três pacientes portadores de intolerância ao Veramon. O soro de cada paciente era injetado intradermicamente em dois individuos, que haviam ingerido, na véspera, dois comprimidos de Veramon, bem como em um individuo testemunha que não havia recebido o medicamento. Além

disso, em cada um desses três indivíduos era injetado, intradermicamente, soro de uma pessoa normal, não sensível ao Veramon. Nos seis indivíduos submetidos à prova, o resultado foi inteiramente negativo, o que demonstrou a não existência de anticorpos circulantes.

Comentários: Prof. Mário Arton:

— Tive ocasião de acompanhar trabalhos de Kenedy na clínica de Torok e Budapeste. Eu próprio executei a prova de Walzer-Kenedy em casos de toxicodermias por diversas drogas, sómente obtendo resultados positivos em relação à fenoltaleína. Seria interessante que os AA. procurassem também aplicar essa técnica em erupções por fenoltaleína, que, provavelmente, não serão raras no nosso meio, porquanto essa droga figura na composição de numerosos laxativos encontrados no comércio.

Sobre a presença de substâncias gordurosas nas lesões cutâneas de lepra. Subsídio ao seu diagnóstico

— Drs. Paulo Rath de Sousa e Fernando L. Alayon — Os AA. estudando, em mais de 400 casos de lesões cutâneas de lepra a presença de substâncias gordurosas procuraram encontrar novo elemento que auxiliasse o diagnóstico diferencial dos quadros histopatológicos duvidosos, sobretudo os lepromatosos. Puderam confirmar a já clássica verificação da existência de substâncias gordurosas nos casos de lepra lepromatosa que não foram encontradas na lepra tuberculóide.

Nos casos de lepra tuberculóide racional foram encontradas pequenas gotículas de gordura de coloração e aspecto inteiramente diverso do observado na forma lepromatosa. Os AA. atribuíram essas gotículas ao revestimento céreo de bacilos aí presentes. Os casos de forma incaracterística tiveram a pesquisa de gordura negativa, quando não apresentavam vacuolização celular nas infiltrações, nem bacilos raros; foram encontradas substâncias gordurosas nas le-

sões vacuolizadas, habitadas ou não. Esta verificação levou aos AA. a admitir as lesões incaracterísticas que apresentam vacuolização citoplasmática dos elementos que constituem a infiltração e presença de gorduras com representativa da lepra lepromatosa residual ou em involução. Os outros casos incaracterísticos seriam ou de lepra incaracterística na aceção de formas autonoma, ou início de uma das formas polares da moléstia.

Dr. H. Cerruti: — O assunto é bastante importante e nesse trabalho, que podemos chamar de sintético, temos a considerar dois grandes pontos importantes, um anátomo-patológico e outro clínico. Por isso os colegas merecem as maiores congratulações. Em 1.º lugar esclarece casos que eram levados ao Departamento da lepra e depois voltavam como curados e em segundo lugar que certas formas incaracterísticas do ponto de vista patológico sem caráter de curabilidade, pode-se entretanto afirmar aqui que tem tendência à cura. De modo que, são dois fatos importantíssimos e por isso pedi a palavra para recapitulá-los e frisar, mais uma vez, a sua importância. E ainda dizer que os eminentes colegas estão de parabéns.

Dr. Argemiro de Souza: — Felicito os colegas e faço minhas as palavras do colega anterior. Acho que a importância da questão está no prognóstico. Pela exposição do colega vê-se que a vacuolização tem valor extraordinário assim como a presença de gordura nas lesões histológicas. A presença de gordura confirma sempre uma lepra de evolução grave e a falta de gordura uma lepra de evolução benigna. Daí uma orientação boa ao clínico mormente nos casos incaracterísticos. Nas formas sem gordura e com vacuolização muitas delas evoluirão para lepra tuberculóide. Acho que os trabalhos dos colegas têm uma importância extraordinária neste ponto de vista.

Prof. M. Arton: — O trabalho é muito interessante. A impressão que levo é de que os quadros da lepra não são sempre fixos, a forma da incapacidade eu acho que possa representar um estágio da evolução da manifestação tuberculóide. O estudo sucessivo pode determinar uma concepção mais físico-patológica e menos anátomo-patológica das formas de lepra. Acho que este trabalho merece ser continuado com muito carinho, especialmente porque alguns dos problemas existentes no campo dos granulomas tuberculóides podem ser esclarecidos pelas observações sucessivas.

Dr. Fernando Alayon: — Tomo a palavra para agradecer as referências elogiosas feitas ao nosso trabalho e congratular-me ao verificar que os colegas puderam entender bem qual a sua importância prática, principalmente o dr. Cerruti, que já tem trabalhado bastante no Departamento de Profilaxia da Lepra. Para se pôr em execução a profilaxia da lepra, segregando os doentes contagiantes, houve sempre necessidade de classificá-los, segundo formas clínicas. Isto de certo modo

influenciou no espírito dos leprologos, que imaginaram muito precisos os quadros clínicos e anatómicos.

Naturalmente, apenas um certo número de casos pode, na prática, ser perfeitamente classificado; numerosos outros representam formas de passagem e não se enquadram bem, neste ou naquele tipo da classificação. Não sou dos que acreditam que a forma incapacitante deva ser considerada como forma autônoma. Acredito seja início de uma das duas formas polares da lepra ou a expressão morfológica de uma dessas duas formas abortadas e por fim possa representar uma ponte de passagem entre ambas.

Sr. Presidente: — Antes de agradecer a colaboração dos colegas tenho a dizer que não tenho mais nada a referir com relação a todos os pontos, valor diagnóstico, prognóstico, etc. A influência sobre a fixidez dos quadros me parece também de efeito moral.

Seria interessante sobretudo focalizar os casos de lepra racional, os quais evoluem muito bem com o uso de óleos, como atestam dois casos um do prof. Aguiar Pupo e outro de Fernandez na Argentina.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE OUTUBRO

Presidente: Prof. Pinheiro Cintra

Tratamento preventivo das hemorragias nas tonsilectomias —

Dra. Carlota Pereira de Queiroz — Depois de um ligeiro estudo sobre o mecanismo da coagulação a autora passa em revista os elementos que nela influem, bem como outros fatores que possam favorecer um estado hemorrágico.

Examina em seguida os agentes terapêuticos anti-hemorrágicos de uso corrente, mostrando em que condições devem ser utilizados. Para isso adota uma série de verificações pré-operatórias, que permitem indicar qual a deficiência do sangue responsável pelo estado hemorrágico, procurando res-

tabelecer o seu equilíbrio por meio de terapêutica adequada.

E termina citando alguns casos que confirmam as vantagens dessas pesquisas precedendo qualquer ato cirúrgico.

Comentários: Dr. Osvaldo R. de Sousa e Silva — Tenho tido conhecimento de que o cálcio por via oral é absolutamente inútil ou de eficiência muito reduzida. Desejava que a dra. Carlota desse a sua opinião a respeito.

Dra. Carlota Pereira de Queiroz — Tenho empregado o cálcio com algum resultado. Mas, como o emprego sempre juntamente com as vitaminas anti-hemorrágicas, talvez

aí esteja uma causa que impessa qualquer conclusão a respeito.

Dr. Azarias de Carvalho: — Qual a dosagem de vitamina K empregada? Quais os preparados mais eficientes?

Dra. Carlota Pereira de Queiroz: — Quando se necessita de um tratamento intensivo, eu prefiro usar injeções que permitem doses maiores durante um período de tempo menor, pois, parece-me que assim o aproveitamento é muito maior. Quanto aos preparados empregados, tenho experiência com o Vika-San, Karana, Sinkavit e a Vitarina K de Dutra, dando todos êles muito bons resultados. Por via oral, acrescento sempre extratos de bile. Os preparados sintéticos têm dado igual resultado.

Prof. Pinheiro Cintra: — É possível que muitos acidentes, principalmente os do sistema nervoso central, possam ser prevenidos, desde que se consiga fazer a profilaxia da hemorragia dos recém-nascidos. Disto ressalta uma das principais conclusões do trabalho que acabamos de ouvir. O presente trabalho, veio trazer à baila, a importância que tem o estado de equilíbrio dos elementos que entram em jogo na coagulação do sangue, mostrando que se pode ter hemorragias diferentes, conforme o desequilíbrio se faça para um ou outro lado, merecendo cada um destes casos uma terapêutica diferente e bem orientada. Isto só eleva, o valor deste trabalho, a cuja autora, agradeço a apresentação em nome da mesa.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 17 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. Paulo Sais

Estenoses cicatriciais do esôfago — Dr. José Augusto de Arruda Botelho — O trabalho foi publicado na íntegra. Ver Rev. Paul. de Medicina, XXIII, março 1943.

Comentários: Dr. Homero Cordeiro: — Congratulo-me com o dr. Arruda Botelho pelo seu excelente trabalho, e, aproveito-me da oportunidade para fazer um rápido retrospecto histórico sobre a conduta seguida entre nós, nos casos de estenose cicatricial do esôfago, provocada por ingestão de cáusticos, no período compreendido de 1922 até fins de 1936, isto é, até a chegada do dr. Plínio Matos Barreto, que, com os preciosos ensinamentos trazidos da famosa escola de Chevalier-Jackson, implantou, em nosso meio, a broncoesofagoscopia como especialidade autônoma, com todo seu aperfeiçoamento de técnica e de instrumental.

Nesse primeiro período, os especialistas, principalmente os que fizeram cursos de aperfeiçoamento na Alemanha e Austria, manejavam unicamente os instrumentais

de Brunnings ou de Kahler. Não eram bronco-esôfagos copistas como os de hoje, mas faziam o que estava ao seu alcance para resolver satisfatoriamente os casos de sua clínica.

Nos casos de estenose do esôfago, fazia-se uma anamnese bem feita, para verificar se se tratava de um caso recente ou tardio, isto é, se a estenose corria por conta de um processo de esofagite aguda ou se por retração cicatricial do esôfago.

Nos casos recentes, era indicada a dilatação precoce: esperava-se ceder o processo agudo de esofagite e, 10 a 15 dias após, sob controle esofagoscópico, iniciava-se a dilatação gradual com sondas gomadas de Brunnings, duas vezes por semana, e que permaneciam "in loco" durante 20 minutos. Quando o paciente apresentava leves sinais de esofagite, suspendia-se, por alguns dias, as dilatações, para depois recommê-las. Na maioria dos casos, no fim de 2 a 3 meses, os doentes tinham alta, curados, geralmente sem re-

cidivas. Esses sucessos atribuíam-se, em grande parte, à dilatação precoce.

Nos casos de estenose tardia, produzida por retração cicatricial, a conduta seguida era a seguinte: 1.º) Radiografias com contraste, para verificar a séde e gráu da estenose, a presença de dilatação do esôfago acima do ponto estenosado etc. 2.º) Exame esofagoscópico cuidadoso da região, para constatar ulcerações da mucosa esofageana, presença de bridas ou membranas e, localizar o pequeno pertuito que ainda restava da luz do esôfago. Descoberto este, procurava-se, dilatá-lo com sondas filiformes, tipo ureterais, e à medida que a dilatação se ia fazendo, aumentava-se progressivamente o calibre das sondas até chegar ao limite normal. Geralmente o tratamento durava de 6 meses até 1 a 2 anos. Ao menor sinal de recidiva, aconselhava-se ao doente para reiniciar imediatamente as dilatações. Muitos doentes se curavam completamente, mas alguns, com o decorrer do tempo, voltavam com recidivas.

Nos casos de estenoses praticamente infranqueáveis às sondas filiformes e, conseqüentemente, em estado de grande desnutrição, mandava-se, sem perda de tempo, praticar a gastrostomia, para garantir a alimentação, e melhorar assim o estado geral do paciente. Observava-se frequentemente que, com alimentação pela fistula gástrica e, portanto, com o repouso do esôfago, muitas estenoses infranqueáveis, tornavam-se franqueáveis às sondas.

Quando essa dilatação chegava a um certo ponto e daí em diante não progredia, recorria-se então ao seguinte recurso: fazia-se o doente deglutir um longo fio de seda, simples ou com uma pequena esfera de aço inoxidável fixada na sua extremidade e, 2 a 3 dias após, pelo gastrótomo, com pinça ou pequeno gancho, procurava-se trazer para fóra a porção inferior do fio deglutido, manobra essa que nem sempre

era fácil. Depois, amarrava-se a extremidade do fio que ficava fóra da boca, na ponta de uma sonda gomada de calibre adequado e fazendo-se tração na outra extremidade do fio que saía pela fistula gástrica, fazia-se a sonda franquear a estenose e descer até um pouco abaixo da cárdia. As vezes, fazia-se essa dilatação em sentido contrário, pela via retrógrada. Fazia-se duas dilatações por semana, e em cada sessão a sonda permanecia durante 20 minutos. O calibre das sondas ia sendo aumentado gradativamente. Em muitos casos empreguei com sucesso, em lugar de sondas gomadas, drenos de borracha amarrados nas duas extremidades do fio. No fim de cada sessão, deixava-se o paciente com o fio de seda "in loco", sendo que a extremidade superior era passada por uma das fossas nasais e fixada na face por meio de esparadrapo, e a ponta inferior, saindo pelo gastrotomo, era fixada do mesmo modo na parede abdominal. Esse fio era trocado cada dez dias, e era conservado até a cura completa do doente, quando então era fechada a fistula gástrica.

Durante algum tempo estive em voga o tratamento das estenoses cerradas pela electrólise circular, tendo o dr. Paulo Brandão, do Rio de Janeiro, conseguido bons resultados em alguns casos.

Em um caso do saudoso dr. Walter Seng, em que houve obstrução completa da luz do esôfago, após operação de um divertículo alto, foi praticada a esofagotomia externa, debridamento da estenose e colocada, a meu conselho, uma sonda esofageana que, só foi retirada 40 dias depois. O paciente, um ilustre professor da Escola de Ouro Preto, que atualmente conta com mais de 80 anos, ficou completamente curado, tendo já decorrido 18 anos sem o menor sinal de recidiva.

Não se deve ser muito otimista nesses casos de estenoses cerradas do esôfago, pois muitos são rebeldes ao tratamento. Quando

parecem curados, voltam as recidivas, precisando-se então recomençar tudo! Lembro-me de casos que estiveram 4, 6 até 8 anos em tratamento. Um dos casos apresentados pelo dr. Arruda Botelho, um rapaz de 10 anos, este 7 anos sob meus cuidados, no ex-Hospital Humberto I, hoje N. S. Aparecida, e, por 4 a 5 vezes considere-o curado, e finalmente, a meu conselho, procurou o jovem e competente bronco-esofagoscopista, que parece ter resolvido definitivamente e brilhantemente o referido caso.

Hoje em dia, encaminhamos todos esses casos ao dr. Plínio Matos Barreto e aos seus dignos discípulos, como o é o dr. Arruda Botelho, que com a prática que possuem, auxiliados por instrumentais modernos e os mais engenhosos, estão aptos a resolver com eficiência os casos os mais difíceis.

Dr. Silvio Ognibene: — Eu peço a palavra, apenas para traçar algumas considerações, sobre o que se conseguia fazer antes entre nós e o que se consegue fazer hoje em torno das estenoses do esôfago. O caso com que desejo ilustrar este comentário, é um caso que apareceu na Santa Casa: era uma moça que tinha tomado soda cáustica 2 a 3 meses antes. Quando nos procurou, estava em estado de extrema magreza. Tentamos passar uma sonda muito fina (00) e depois de várias tentativas sem nenhum resultado, resolvemos fazer uma gastrostomia prévia. Demos então para a doente engulir um fio, com uma pequena bolinha de chumbo na extremidade, e conseguimos a sua passagem após uma série de tentativas. Depois, com uma pinça de Hartman, não sem uma série de dificuldades, conseguimos apanhar o fio. Amarramos então um fio de seda mais forte que serviu de condutor e que teve suas pontas ligadas formando um círculo. Amarrava-se então, a sonda ao fio, e puxava-se por esse. As primeiras passagens foram feitas por via retrógrada. Este tratamento

62)

durou mais ou menos um ano, passando-se sondas progressivamente maiores. Assim fomos alargando a estenose até que conseguimos fazer passar uma sonda n.º 18, que foi o tamanho máximo conseguido. Este caso, teve alta completamente curado e não houve até hoje recidiva.

Dr. Plínio Matos Barreto: — Sr. Presidente, todos os colegas que estão aqui presentes hoje, sabem o quanto eu tenho procurado evitar discussões de ordem técnica nas sessões em que tem sido debatido este assunto, pois elas podem ser desinteressantes para os colegas oto-rino-laringologistas, e além disso viria roubar uma grande parcela de tempo destas sessões. Mas pelo interesse que despertou o assunto hoje tratado pelo dr. Arruda Botelho eu me permito fazer algumas considerações de ordem técnica, pois os presentes em sua maioria, já praticaram alguns destes casos, ou pelo menos têm memória de um caso semelhante que talvez lhes tenha dado grande trabalho.

Realmente, a comunicação do dr. Arruda Botelho mereceu toda a nossa atenção porque, ele foi bastante feliz por ter colecionado 9 casos com ótimos resultados o que é muito eloquente. O tratamento, pela presente técnica, é feito sem anestesia e é bastante impressionante, maltratando muito os doentes. Além disso, a hemorragia depois do tratamento é abundante, de modo a assustar mais ainda o doente, se bem que devamos reconhecer que estes doentes são beneficiados com o tratamento. Um dos casos apresentados pelo dr. Arruda, é um caso bastante grave, de uma estenose junto ao estômago, que tinha além disso, um bom segmento do esôfago completamente ulcerado. Entretanto, neste caso obteve a cura perfeita. Eu me impressionei deveras com este tratamento um pouco mais forçado, porque na clínica de Chevalier-Jackson não se fazia este tratamento. Os resultados, porém,

vieram demonstrar que o tratamento forçado é satisfatório, dando um resultado final muito bom.

Em relação à técnica, Wilson descreve a dilatação de um modo diferente do que a que nós fazemos. Ele faz a dilatação com uma sonda bem grande (41) para verificar em que ponto está a estenose. Uma vez isto feito, faz a passagem de uma única sonda (n.º 30) e não de 3 sondas sucessivas, como o faz o dr. Arruda Botelho. Aconselha ainda Wilson que se evite o traumatismo inútil porque a irritação do tecido cicatricial retarda o tratamento. Também o mesmo autor considera que, após ter-se conseguido a passagem da sonda n.º 41, só depois de 2 anos, é que se pode considerar o doente completamente curado, considerando que em muitos casos, o tratamento se prolonga por vários anos. Assim sendo, é de boa regra que se tenha cuidado na apreciação dos nossos resultados, porque as vezes aparecem recidivas. Neste particular, devemos prestar o máximo de atenção às observações dos especialistas que preconizam uma dilatação precoce. Isto, diga-se de passagem, é quasi impossível de ser feito em nosso serviço na Santa Casa, em virtude da falta de acomodações suficientes. Entretanto, devemos reconhecer que a questão da precocidade do tratamento das estenoses do esôfago, é um fator de grande importância, pois se o doente for tratado no próprio dia do acidente, teremos evitado muito provavelmente uma estenose futura.

Uma outra questão que o dr. Arruda Botelho mencionou, é a de se praticar sistematicamente, em todos os casos, a gastrostomia. É verdade que Plumer é contra a gastrostomia, porque ele acha que esta operação é muito perigosa nestes doentes, que são, em geral, doentes desidratados. Em segundo lugar requer uma hospitalização de 10 a 15 dias, e, finalmente, concorre ainda para a obstrução total, pois feita a gastros-

tomia, os doentes se sentem aliviados, e, em geral, abandonam o tratamento. Ao contrário, se não se fizer a gastrostomia, os doentes são os primeiros a procurar insistentemente os meios para se tratar. Devemos observar, que isto de o doente abandonar o tratamento às primeiras melhoras, ocorre com frequência em nosso meio, e daí o grande número de casos com estenose total ou quasi total.

A questão da estenose total, é para mim o ponto de maior interesse, e, neste particular, estou de acordo com Witzel, que considerava ser muito rara, uma estenose ou fibrose total. Eu pretendo, em breve, publicar um trabalho, estudando comparativamente os resultados obtidos com o tratamento conservador e com o tratamento forçado, encarando, principalmente, a precocidade destes tratamentos. A verdade é que cada estenose tem os seus problemas diferentes e nem sempre os métodos atuais usados servem para todas. Não quero entretanto, deixar de felicitar o dr. Arruda Botelho, pelo brilho do seu trabalho, pois ele conseguiu reunir 9 casos aos quais deu, novamente, a alegria de comer pela boca. Pode-se discutir as técnicas, mas os resultados obtidos, não são passíveis de discussão pois foram todos, sem exceção brilhantes.

Dr. Paulo Sais: — Encerrando a discussão, eu não tenho comentário de ordem técnica a fazer. Apenas me resta felicitar o dr. Arruda Botelho, pela maneira brilhante com que expôs o seu trabalho, demonstrando uma técnica, que eu considero como pessoal, que tem suas características próprias, embora seja baseada em dados de outros autores. No momento, os seus resultados foram brilhantes e eu o felicito pelo seu trabalho e pela maneira brilhante e sincera com que foi exposto.

Dr. J. A. de Arruda Botelho: — De uma maneira geral, eu quero agradecer a atenção de todos e de modo especial, àqueles que ti-

veram a bondade de comentar o meu trabalho.

Ao dr. Homero Cordeiro, agradeço o histórico bastante interessante, que ele nos traçou da esofagoscopia em nosso meio. Isto tem para nós, especialistas, um grande valor, para ficarmos conhecendo o que os outros já fizeram antes de nós. De minha parte, sempre tomei grande interesse pelos seus trabalhos, datados de 1926, nos quais o dr. Homero frisava duas cousas muito importantes, para o bom resultado do tratamento das estenoses do esôfago, e que são o tratamento precoce e a passagem da sonda conduzida por um fio.

Ao dr. Ognibene, devo dizer, que não acho que o seu caso tenha sido tratado com má técnica. Pelo contrário, eu tenho verificado que os casos de sucesso são quasi sempre os que tinham o fio e que concomitantemente tinham o gastrostoma, através do qual se conseguia passar sondas conduzidas, por via retrógrada e anterógrada. Assim o seu caso não deve ser considerado como um caso tratado por técnica antiga, mas pelo contrário é um caso tratado de acôrdo com todos os requisitos da técnica atual.

Ao dr. Plínio de Matos Barreto, a quem devo os meus primeiros passos na endoscopia e que é meu amigo e mestre, devo chamar a atenção que segundo afirmação sua, eu não fiz menção de um grande número de casos que saíram do serviço perfeitamente curados. De fato, isto é verdade, mas cumpre notar que eu disse que uma boa parte dos doentes saravam completamente e que todos melhoraram com o tratamento. O que eu quero frisar é que há um número considerável de pacientes em que a simples dilatação com sondas gomadas não resolve a situação. Um outro ponto de interesse, é o fato de ter o dr. Matos Barreto chamado a atenção para o meu pequeno número de casos com esta técnica, pois são apenas os nove que aqui vos apresentei. Mas, eu creio que, o que é

importante nesta comunicação, é afirmar que se trata de nove casos "seguidos" desde o seu começo até a obtenção de uma dilatação considerável do esôfago, permitindo uma alimentação perfeitamente normal a estes doentes. Ainda mais, estes nove casos evoluíram todos da mesma maneira, apresentando uma melhora contínua e progressiva, sem que entre eles tenha havido um único caso de insucesso. Creio que nisto é que reside todo o valor que pode ter este trabalho.

Com relação à esofagite, estou de pleno acôrdo com o dr. Plínio de Matos Barreto. Trata-se de fato, de uma afecção rebelde, quasi impossível de ser tratada.

No que respeita ao fato de forçar o esôfago, de certa maneira já dilatado com o esofagoscópio eu considero isto um perigo muito grande. Devemos lembrar que os esofagoscópios costumam ter a ponta em bisel e este bisel escapa ao controle da vista e o risco de perfuração é muito grande.

Quanto à técnica de Vinson, eu digo, com franqueza, que felizmente eu não tinha conhecimento desta técnica, quando comecei a usar a sonda de Plummer-Jackson, pois senão eu me imbuiria de suas idéias, em virtude de sua alta autoridade e absolutamente não teria utilizado o método que apliquei nestes pacientes, que tiveram tão bons resultados.

No que se refere à questão da passagem de 3 sondas, devo dizer que é uma questão de hábito apenas, um simples detalhe de técnica. Quanto ao se forçar a estenose, eu acho que isto é uma necessidade, o que é preciso é ter um processo de fazer isto com segurança.

Em relação ao tratamento precoce, nenhum dos meus casos me chegou às mãos antes de ter a estenose estabelecida, de modo que não posso dar a minha opinião a respeito, por me faltar experiência.

Quanto a questão da gastrostomia eu faço questão de realizá-la

no começo, para evitar que o doente entre em desidratação, porque, de fato, fazer uma gastrostomia em um doente desidratado é operação perigosa.

Quanto a separar os casos mais difíceis para o tratamento forçado devo dizer que acho ótimo. Desejo mesmo que o dr. Plínio escolha o doente mais estenosado de sua clínica e use nêle o processo, pois tenho a certeza de que o resultado será satisfatório.

Osteite do conduto — Dr. Ênio D'Aló Salerno — O A. relata um caso de oto-mastoidite em anção, sem rompimento da membrana. A infecção apareceu no conduto através de sua parede superior, formando uma fistula no muro da lojeta. Apresenta uma radiografia e 2 desenhos demonstrativos, além de outros casos raros citados pela literatura.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE OUTUBRO

Prova da secretina — Dr. Luiz Carlos da Fonseca — O trabalho foi publicado na íntegra. Ver Rev. Paul. de Med., XXIII, março, 1943.

Bloqueios de ramos — Dr. Paulo de Almeida Toledo — O autor faz um estudo retrospectivo dos conceitos antigos clássico, moderno, dissidentes, sobre os bloqueios de ramos.

Analisa as idéias de Lewis, de Mahaim, de Barker, e Mac-Lead. Estende-se mais minuciosamente sobre os conceitos de Wilson.

Analisa a grande importância das derivações precordiais feitas de acôrdo com a técnica do "central terminal". Acentua ainda a importância da hipertrofia muscular préexistente na posição do eixo elétrico, demonstrando que essa hipertrofia tem mais importância que o próprio ramo lesado, na rotação observada.

Comentários: Prof. Almeida Prado: — Quero fazer apenas algumas considerações colaterais, à margem do assunto que foi ventilado pelo dr. Paulo de Almeida Toledo, que o explanou de modo completo. Primeiramente, desejo chamar a atenção para uma das cousas que sempre tenho dito, isto é, que o ensino da medicina deve ser um ensino científico, como, aliás, se faz em nosso meio paulista. Da conferência do dr. Paulo Almeida Toledo, podemos tirar um

Presidente: Dr. José Ramos Júnior

exemplo brilhante que vem ilustrar muito bem este meu ponto de vista. Assim é, que se Wilson não fosse um profundo conhecedor da matemática e tivesse apenas se limitado às ocupações de sua clínica, como poderia êle trazer à luz da prática médica, este problema tão completamente resolvido por êle que é o electrocardiograma. Se não nos libertarmos da tutela estrangeira, não formarmos os nossos próprios homens de ciência, que criem a nossa ciência médica nesta base profundamente científica, nunca poderemos alçar a uma consciência médica nacional, com os nossos próprios homens e com os nossos próprios dotes naturais. O que o dr. Paulo de Toledo falou da radiografia, podemos falar de todos os outros setores da medicina, pois o exercício da medicina, é uma coisa prática e profundamente pessoal, pois nem o próprio pai pode ensinar o seu filho toda a prática médica, porque só a experiência de cada um é que lhe dará definitivamente a sua personalidade científica. Assim sendo, não canço de repetir que o ensino médico deve ser um ensino científico integral.

Dr. Ariovaldo de Carvalho: — Ficávamos antes, inteiramente satisfeitos com o diagnóstico de bloqueio de ramo, de um modo geral, para as nossas necessidades clínicas. Mas, desde que agora já

temos elementos para firmar êstes diagnósticos com certa precisão, do ramo esquerdo ou direito, então surge também o caso de se verificar se se pode obter, anátomo-patologicamente, uma confirmação das nossas pesquisas clínicas. Assim, por exemplo, na 1.ª M. H. da Santa Casa, tivemos um caso de bloqueio do ramo direito, que foi confirmado anátomo-patologicamente, e isto vem demonstrar o interesse que pode ter uma confirmação anátomo-patológica dêste quadro clínico, para confirmar ou não estas idéias.

Dr. José Ramos Júnior: — Nós, em nome da Mesa, nos sentimos mais uma vez agradecidos ao dr. Paulo de Toledo, pela clareza e grande competência com que expôs um assunto tão complicado, como seja o do bloqueio de ramo.

Dr. Paulo de Almeida Toledo: — Agradeço as palavras benevolentes que foram ditas pelos colegas sobre meu trabalho.

Quanto às palavras do prof. Almeida Prado referentes ao ensino médico, dou-lhes tôda razão. De fato, eu também me impressionei profundamente com o preparo do prof. Wilson, em matemática e principalmente em eletricidade. Não é possível de maneira alguma, que um indivíduo raciocine com os dados obtidos pela observação, sem ter uma sólida formação cultural, uma sólida formação básica, pois, do contrario, sempre fará um raciocínio falho e não conseguirá tirar da observação tudo o que ela pode dar.

Ao dr. Ariovaldo de Carvalho, devo dizer que acho interessante a sua sugestão, porque, procurando ouvir a opinião de Wilson a respeito dos estudos anátomo-patológicos, em caso de bloqueio de ramo, verifiquei que êle não dá grande importância às verificações histológicas, depositando inteira confiança no seu método eletrocardiográfico para o diagnóstico.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 24 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. José Rosenberg

Repercussões clínicas dos estudos dos bacilos tuberculosos mortos e suspensos em óleo de vaselina — Prof. Abelardo Saenz — Os estudos sobre as propriedades dos bacilos tuberculosos mortos, retomaram nestes últimos anos, primordial importância, graças à introdução de uma nova técnica de laboratório, consistindo no tratamento dos germens, pelo óleo de vaselina.

Temos a meu ver neste capítulo experimental da tuberculose, um caminho fecundo de consequências as mais inesperadas e imprevisíveis no domínio da patologia da infecção tuberculosa.

Desde os trabalhos de Koch, Strauss e Galmacia, etc., conhecem-se os efeitos patogênicos dos bacilos tuberculosos mortos dessas contribuições associadas as pesquisas de Sabin, Doan e seus colaboradores, resultaram duas noções que pareciam definitivamente esta-

belecidas. A primeira era de que, o bacilo de Koch morto, produz uma alergia difícil, flutuante e passageira; e a segunda de que as lesões obtidas eram apenas de caráter local sem repercussões a distância.

Ora, graças aos estudos das suspensões bacilares mortas em óleo de vaselina, essas idéias ficaram completamente arruinadas. Assim, uma nova opinião a respeito começou a evoluir, desde o dia em que Coulaud em 1934 imaginou incorporar a parafina em ebulição e eu em 1935 o óleo de vaselina aos bacilos tuberculosos mortos, porque desta maneira pode-se provocar no coelho e no coelho uma alergia de intensidade extraordinária e de longa duração. Por outro lado, com êste mesmo procedimento pode-se obter lesões metastáticas, com bacilos mortos, muito distantes do ponto de inoculação com predominância pulmonar, assim como foi demons-

trado pela primeira vez pelos trabalhos Thompson, Hagan e Livini (1932), resultantes da migração da suspensão bacilar da perna do cobaio para o pulmão.

Os fatos se acumulam de tal modo e se evidenciam com tal aspecto que temos que concluir que os feitos patogênicos e alergizantes do bacilo tuberculoso morto, são ainda mais intensos do que os decorrentes do bacilo tuberculoso vivo.

As experiências realizadas recentemente, vieram arruinar assim a noção clássica de que o bacilo morto só produz uma lesão local e que sua alergia é débil, flutuante e passageira. Contrariamente, elas mostraram que o bacilo tuberculoso em condições adequadas de experimentação determina uma hiper-alergia e uma imunidade intensas e possui um efeito patogênico tão ou mais acentuado do que o gérmen vivo, criando lesões específicas extensas e metastáticas.

Assinalando o paralelismo existente entre a diferença de ação das diversas variedades dos cadáveres bacilares e aquela dos bacilos vivos, resulta, evidentemente, que o corpo bacilar morto conserva, não somente, uma parte do poder patogênico dos bacilos homólogos vivos, mas que continua mantendo o que esse poder tem de específico.

Já expuz no meu relatório à Conferência Internacional de Setembro de 1939, destinado ao problema da virulência do bacilo de Koch, que a suspensão oleosa e a injeção intratesticular devem agir como um verdadeiro revelador, amplificando o poder patogênico residual dos bacilos mortos, pondo a nú aquilo que este poder conserva de específico.

Se, com efeito, o bacilo morto continua portador das propriedades patogênicas específicas da espécie, segue-se necessariamente que a atividade patogênica d'um bacilo tuberculoso está mais estreitamente ligado ao edifício bacilar e às suas propriedades químicas e físico-químicas, que as

propriedades biológicas, — nutrição, reprodução —, que faziam antes do constituinte bacilar um ser animado de vida. Parece evidente que, se se pode fazer com que um bacilo morto produza lesões e uma doença comparável àquelas desencadeadas pelo bacilo vivo é porque os fenômenos vitais não são essenciais na atividade patogênica do bacilo. Não é porque o bacilo respira, assimila e se reproduz que ele gera lesões graves, mas sim porque ele possui uma constituição química e físico-química particular, incompatível com a saúde dos tecidos e das células receptivas nas quais se fixa.

No caso dos bacilos mortos, é o experimentador que torna possível essa prolongação da fixação na intimidade da economia. Emprega para isso, de uma vez só doses bacilares muito fortes, realizando, de algum modo, por antecipação, a reprodução dos bacilos; injeta os germens por uma via altamente favorável para o seu transporte à distância e, principalmente, emulsiona-os em óleo de vaselina que facilitará, pelos motivos já expostos, o exercício de sua ação patogênica.

No caso dos bacilos vivos, é a vida que se encarrega de tudo isso. Ela multiplica o poder patogênico existente nos corpos bacilares, leva-os para longe, obriga-os a manifestar a sua presença, renova-os onde são vencidos. Embora indispensáveis nas condições da infecção natural, em nossas experiências, contudo, a vida misteriosa, como sempre, se torna, entretanto, nitidamente dissociável do poder patogênico.

O fato novo está aí. O poder patogênico do bacilo morto não tem somente um interesse experimental, senão que possui também uma enorme importância biopatológica.

Se aquele está estreitamente ligado às propriedades físico-químicas deste, resulta que os produtos libertos do edifício bacilar de-

vem ser os mais responsáveis pela edificação da lesão tuberculosa. Recentes pesquisas referentes aos estudos espectroscópicos das emulsões oleosas dos bacilos mortos e às verificações do alto poder sensibilizante dessas mesmas emulsões, depois de ultracentrifugadas, nos induzem a reforçar esse ponto de vista.

Nada sabemos por enquanto das condições e de que modo as coisas se devem passar na infecção tuberculosa humana. As experiências de natureza anátomo-bacteriológicas acima relatadas, vislumbam, entretanto, as estreitas relações que deve existir entre a ação patogênica dos constituintes físico-químicos do bacilo de Koch e a edificação da lesão tuberculosa. Ao meu ver tudo faz pensar que o grande número de germens mortos encontrados nas lesões tuberculosas, longe, pois, de se comportarem como detritos ino-

fensivos produzem, no homem, transtornos consideráveis. Provavelmente, é por intermédio da morte do bacilo que se processa a sua desintegração, trazendo com isso a libertação de seus componentes patogênicos que são os que criam a lesão tuberculosa ou, pelo menos, tudo aquilo que esta possui de mais especificamente tuberculoso.

Em outros termos, se o organismo soubesse circunscrever os bacilos tuberculosos e mantê-los vivos, não haveria lesão tuberculosa.

Em face desse fato e de outros fenômenos, tais como, por exemplo, os de natureza anafilática, não podemos deixar de perguntar porque razão misteriosa o organismo no seu instinto de conservação reage, às vezes, de modo tão mau e tão prejudicial para si próprio.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. Valdemar de Sousa Rudge

Extirpação de polipo cervical em virgem, por via transperineal — Dr. Ataíde Pereira — O A. disse que sua comunicação visava tão somente, demonstrar a técnica operatória com que extirpou um polipo fibroso do colo do útero de uma virgem, conservando-lhe a integridade da membrana hímen.

No início de sua vida profissional, necessitou, por mais de uma vez, atender de pronto a virgens portadoras de afecções uterinas, indicando a operação transperitoneal.

Jamais conseguira, entretanto, realizar as intervenções, em virtude da recusa sistemática das enfermas.

Naquela época, ninguém lhe ensinara outro proceder; e, tão pouco, os tratadistas cogitavam do problema das intervenções uterinas em virgens, a não ser para recomendar a incisão da membrana, limitando-se o cirurgião a fornecer atestado de sua atuação operatória. Dada a frequência com que, em urologia, são praticadas

as intervenções perineais, valeu-se dos seus conhecimentos e de sua experiência para realizar a citada intervenção, seguindo a via transperineal por perineotomia transversa.

Em 10 de julho deste ano, foi consultado por M. G., de 30 anos, preta, solteira, que referia, como principal queixa, desordens menstruais caracterizadas por perdas sanguíneas abundantes, em duas e três vezes durante o mês.

Fôra por isto tratada em um dos ambulatórios da cidade, com medicações hemostáticas, além de hormônios ovarianos.

Por não ter obtido qualquer resultado com tal tratamento, é que se fez examinar pelo A.; e, sobretudo porque, sendo virgem, jamais tentaram os médicos que a assistiam, praticar um exame genital.

De interesse no caso, chamou a atenção do A., a condição da enferma: mulher de cor preta, solteira, em idade madura, e sua ocupação de cozinheira.

É sabido, nas clínicas ginecológicas a frequência com que ocorrem os fibromas do útero nas pretas cozinheiras, sobretudo solteiras.

Por essas razões, foi o A., levado a cogitar da possibilidade de ser a enferma portadora de uma fibromatose do útero.

Postos de lado os exames de rotina peculiares às observações escolares, salientou o A., que os órgãos genitais da enferma eram de aspecto normal, o hímen em fenda impermeável ao dedo indicador, de modo que para examiná-la recorreu ao toque rectal.

Este revelou: o útero em "retroversio molibis", volume normal, e sobretudo a existência na vagina, de um tumor do tamanho de tomate (achatado), que se ligava ao colo uterino por qualquer prolongamento que penetrava na sua cavidade.

Sua experiência clínica, propoicionou-lhe a idéia de se tratar de um polipo cervical (certamente de natureza fibrosa).

A investigação clínica e prática concernente a isto, completou-se com um exame do tumor vaginal por meio do uretroscópio de Frank, introduzido na vagina através a fenda himenal.

Nada mais pôde ser verificado, do que a presença do tumor, móvel, no fundo da vagina, recoberto por mucosa turgida e sangrante (uma verdadeira inspecção direta do tumor).

As perdas sanguíneas provinham do tumor, não se ligavam a perturbações circulatórias gerais, mas sim, à estase venosa genital e tumoral decorrente da retroversão uterina. (Pressão material: Mx-12, Mn-6).

Uma indicação cirúrgica se impunha no caso; e, esta tinha que culminar na polipectomia.

Recorreu o A., para isto, à técnica que lhe indicou a experiência das operações perineais urológicas.

Sob anestesia epidural sacra (60 c.c. de sol. de novocaina a 2%) foi a doente operada na Casa de

Saude Matarazzo, em 1.º de julho de 1942, vasada a intervenção, nos seguintes tempos operatórios:

b) — Incisão cutânea em arco de concavidade superior, na meia distância entre as duas comissuras anterior do anus e posterior da vulva, interessando: pele e tecido celular sub-cutâneo.

c) — Incisão do fâscia perineal superficial, também em arco, no rebordo externo do músculo bulbo-cavernoso ou constritor cunil.

c) — Secção da continuidade existente entre o m. bulbo-cavernoso e o m. esfínter externo do anus (Aqui não existe um rafe mediano ou centrum tendineum como no perineo masculino).

Rebatido para cima o retalho cirúrgico, inclusa a parte do m. bulbo cavernoso, exposta na ferida, aparece visível o conduto muscular da vagina, que vai ser mobilizada por secção de escassos feixes musculares recto-vaginais. (Possibilidade aqui, de ligadura de ramos terminais da artéria hemorroidaria inferior).

e) — Secção transversal da parede posterior da vagina, a bisturi, reparada de cada lado por pinças de Chaput.

f) — Colocação de valvas na vagina aberta, para exposição do tumor, e da porção cervical do útero. Fixação desta com pinça dita de colo.

g) — Exérese cirúrgica (a tesoura curva) do pedículo do tumor, hemostasia e sutura.

No caso em apreço, a exposição com as valvas, confirmou a suposição do A., de se tratar de polipo fibroso, decorrente de fibroma submucoso do útero migrado para a cavidade vaginal.

O pedículo, constituído exclusivamente por mucosa uterina, quasi não sangrou após a exérese; de modo que, não foi necessária qualquer manobra de hemostasia e de sutura.

Colocou-se entretanto na cavidade uterina, mecha de gaze simples, que se fez exteriorizar através da fenda himeneal.

Terminada a extirpação tumoral, a intervenção prosseguiu na recomposição dos tecidos seccionados:

h) — Sutura da parede vaginal (pontos separados de catgut, atados para dentro da cavidade, excepto o último).

i) — Sutura do rebordo inferior do m. bulbo cavernoso cortado, no rebordo anterior do m. esfíncter externo do anus.

j) — Colocação de dreno fino de borracha no interstício dos tecidos deslocados, e recomposição da continuidade da fascia perineal superficial (sutura a pontos separados de catgut).

k) — Sutura da pele (sêda ou crina).

l) — Penso protetor da ferida operatória.

A evolução operatória se fez apirética, no 4.º dia foram retirados os drenos, e no 8.º tivera alta a doente, curada "per primam".

A facilidade e a eficiência da técnica levada a efeito no caso em apreço, vem na opinião do A., abrir margem à possibilidade do emprego da mesma via operatória, para o tratamento de três entidades clínicas não desconhecidas dos ginecologistas, e que ocorrem com frequência nas mulheres virgens:

a) — a metropatia hemorrágica juvenillis (Curetagem uterina).

b) — a pseudo-erosão papilar do colo (Electrocoagulação).

c) — o polipo cervical (Exérese cirúrgica),

além da possibilidade da interrupção de uma gravidez em virgem intacta (*), por indicação terapêutica, e sem prejuízo da integridade himeneal da paciente.

Finalizando, o A., apresentou a peça operatória (conservada em formol) ainda não examinada do ponto de vista histológico.

Comentários: Dr. Domingos Delascio: — Achei muito interessante

(*) Cohabitação externa.

70)

a via usada pelo dr. Ataíde Pereira. De minha parte, já havia pensado nesta via, e exatamente o que me ocorreu, ocorreu também ao dr. Ataíde pelo que acaba de expor. Por via perineal, pode-se fazer, facilmente, uma curetagem e penso mesmo que esta é a melhor via. Se formos consultar os trabalhos antigos a respeito, podemos verificar que os AA., de muito tempo atrás já a usavam, mas hoje é uma via completamente esquecida a pesar da sua grande série de vantagens, tanto assim, que, nunca tinha visto esta indicação em ginecologia moderna. Para os miomas, esta via é muito interessante, pois quando são retirados por via alta, não é rara a sobrevida de uma peritonite.

No mais só desejo felicitar mais uma vez o dr. Ataíde pela sua bela comunicação, com a qual, devo confessar, muito aprendi.

Dr. Licínio H. Dutra: — Quero congratular-me com o dr. Ataíde Pereira pelo êxito da intervenção, até certo ponto original e, fazer algumas considerações em torno do polipo cervical em si. Penso que polipo extirpado pelo Ataíde, deveria ter sido submetido a um exame histopatológico, pois são inúmeros os casos de erros graves que se cometem na orientação terapêutica, por falta deste exame. Há, na literatura, observações de sarcomas polipóides cervicais que várias vezes foram desprezados, por não possuir aspecto macroscópico suspeito de malignidade (confusão com polipo mucoso simples). Entretanto, mais tarde, as recidivas vieram demonstrar a triste verdade. Crossen & Crossen exemplificam, em sua última edição (1942), um caso desta natureza. Fato semelhante já foi relatado na literatura nacional. O carcinoma e a tuberculose também podem levar ao mesmo erro.

No que se refere ao tratamento do pedúnculo do polipo, do caso apresentado, parece que foi muito simples, mera secção. Devemo-nos lembrar que, em muitos casos, o pedúnculo é o ponto inicial de al-

terações teciduais (epidermização, cancerização, etc.). Assim sendo, devemos orientar a terapêutica pela extirpação total do polipo, inclusive a base e fazer a sua electrocoagulação. Este não tem um fim curativo, caso se trate de uma entidade maligna, mas evita recidivas de tumores benignos e afasta a propagação de processos inflamatórios.

Quanto à execução cirúrgica executada pelo dr. Ataíde foi segundo técnica perfeita. O mesmo não se deu com a orientação terapêutica que ficou um pouco descuidada, uma vez que se julgou tratar-se de um polipo fibromatoso, apenas pelo aspecto macroscópico, sem se fazer o indispensável exame histopatológico.

Prof. Ataíde Pereira: — Agradeço a discussão que despertou o meu trabalho, que, como diz o próprio título, visára apresentar tão somente uma técnica operatória capaz de abrir margem ao tratamento de outras afecções ginecológicas peculiares às virgens, não possíveis até o momento, sem o dano físico das pacientes pela secção da membrana hímen.

Bem encarou o dr. Delásio a discussão, tratando da questão técnica, puramente, que, parece, o satisfaz por completo.

Quanto às objecções do dr. Licínio Dutra, fogem elas do assunto técnico apresentado.

Cogitam do interesse do exame histológico da peça operatória conservada, e que prevenimos não ter sido tal exame ainda praticado.

O exame histológico de toda peça operatória, é método de rotina e não desconhecido de qualquer de nós, não foi descuidado, mas sim, não foi ainda feito.

Se pretendesse estudar o caso encarando-o na parte clínica e histológica do tumor, não só não faltaria tal exame, como também os demais, empregados na investigação sistemática dos doentes nas clínicas escolares e para fins de ensino.

No caso em apreço era inconcebível qualquer suspeita de maligni-

dade do revestimento tumoral, dada a idade da enferma; além disso, a evolução do caso não desmentira aquilo que o critério clínico havia demonstrado.

Quanto à questão do diagnóstico clínico pelo toque rectal, que o dr. Licínio não parece ter aceitado estou certo que qualquer outro ginecologista o teria feito, com a mesma simplicidade e firmeza de convicção. E' uma questão de experiência, raciocínio clínico e nada mais.

No que se refere à coagulação do pedículo do tumor, após a exérese (diatérmica, tesoura), não tem propósito.

Do ponto de vista técnico, nos polipos pediculados do colo a exérese deve ser seguida somente da hemostasia e sutura.

A idéia de ampla coagulação da base de implantação do tumor sob fundamento de que aí podem existir células tumorais de natureza maligna é conceito antiquado e, sobretudo, tal coagulação em nada beneficiaria a doente, se o polipo coincidissem com a existência de câncer no revestimento mucoso da cavidade uterina. Aliás, isso não é peculiar à idade da nossa paciente (30 anos).

O exame histológico do tumor e seu revestimento indicaria a mais exata intervenção para o caso, a histerectomia.

O conceito da existência de malignidade só na implantação tumoral não é mais aceitável. Isso se dizia também com relação aos tumores papilíferos da bexiga. Hoje, não se admite; e estendo eu o mesmo para os tumores pediculados do útero. Se o dr. Licínio conhecesse a opinião de Heckenbach, referente ao assunto (tumores da bexiga), se convenceria com aquele autor, que tais amplas coagulações só podem ser prejudiciais à doente, tanto no que concerne às hemorragias futuras (ao descolar a crosta da coagulação) como à própria mudança para pior do tipo do tumor maligno encontrado.

As amplas coagulações não têm por escopo impedir a invasão tu-

moral e portanto, se nocivas para a doente, não devem ser cogitadas.

Dr. Licínio H. Dutra: — Quando eu me referi à eletrocoagulação da base do pedículo, fato perfeitamente assentado no tratamento dos polipos cervicais, disse que esta providência tem por fim obter uma hemostasia e evitar a recidiva destes que, quando benignos, costumam de fato recidivar. Se se tratar de um carcinoma, a electrocoagulação, evidentemente não irá curar a neoplasia; após o exame histopatológico, seguir-se-á o tratamento indicado que não vem ao caso enumerar. Era esta explicação que eu desejava fazer em complemento ao meu comentário, pois, parece-me que não me fiz bem compreender.

Dr. Valdemar de Sousa Rudge: — A comunicação do prof. Ataíde veio lembrar a possibilidade de se atingir a cavidade vaginal sem lesar o hímen na mulher virgem. Isto tem grande valor, principalmente em nosso meio, tendo em vista preconceitos sociais profundamente arraigados em nossa gente. Lembrando esta possibilidade, o prof. Ataíde reviveu uma via de acesso aos genitais internos, que estava abandonada por esquecimento. Assim, devemos-lhe ser gratos, por nos ter mostrado os diversos tempos operatórios com grande didatismo e ter, assim, exposto uma técnica útil e segura.

"Falhas" da esterilização pelo processo de Neumann-Rose — Dr. José Galucci — O A., publicando 4 casos de "falha" da esterilização pelo processo de Neumann-Rose, tece considerações sobre as dificuldades de se ter um processo que dê 100 % de resultados. Termina, dizendo que, de todos os processos usados, deve ter preferência os que se utilizam da trompa e dentre estes principalmente o de Madlener e depois o de Neumann-Rose.

Comentários: Dr. Domingos Delásio: — Este assunto da esterilização, me interessava particularmente. Na Enfermaria do prof. Morais Barros, tenho ouvido sem-

pre dizer que o melhor processo de esterilização é o processo de Neumann-Rose. Entretanto, se procurarmos nos informar, na literatura mais moderna, poderemos verificar que, o processo mais em voga atualmente, 18 casos operados pelo processo de Neumann-Rose sem nenhuma falha, mas devemos convir, que se trata de uma estatística muito pequena diante dos casos de Madlener, cuja maior estatística, apresenta cerca de 800 casos, sem nenhuma falha. Von Graff, em 4.279 casos, teve uma percentagem de 99,7 % de bons resultados com o processo de Madlener, enquanto com o processo de Neumann-Rose os resultados não são tão satisfatórios. Assim sendo, as estatísticas com o processo de Madlener, são muito mais eloquentes e, portanto, somos da mesma opinião manifestada pelo dr. Galucci, que o processo de Madlener é o melhor de todos. Entretanto, é uma noção fundamental, que qualquer processo falha, quando a mulher está grávida, ainda mesmo que use o processo de Madlener. Para este fato, não há ainda uma explicação satisfatória.

Dr. Licínio H. Dutra: — Eu já tinha chegado também a mesma conclusão expedida pelo dr. Galucci, isto é, que o processo de esterilização de Madlener é o melhor. Com relação à questão da gravidez, parece-me interessante a observação do dr. Delásio, pois são mais ou menos frequentes os casos, em que temos de fazer uma esterilização, em útero grávido (cesárea). Seria interessante fazer-se uma investigação sobre o êxito da operação de Madlener nestes casos.

Com relação ao mecanismo da fistulização da trompa "ligada" devemos não nos esquecer que o epitélio da mesma, oriundo do ducto de Müller, tem grande capacidade de proliferação. As suas células endotelóides tem uma capacidade quasi que embrionária e, assim, seria possível, por um fator irritativo devido à intervenção, que

elas entrem em grande proliferação e sofram mesmo uma metaplasia, transformando em epitélio pavimentoso. Isto talvez explique a fistulização, alteração responsável, pela frequente falha do processo da esterilização de Neumann-Rose.

Quanto ao tratamento da placenta em gravidez abdominal, penso que a melhor orientação é simplesmente abandoná-la intacta. A sua manipulação, ainda mesmo acidental, como aconteceu com um dos casos relatados pelo dr. Galucci, é muito perigosa e pode determinar uma hemorragia fatal.

Prof. Ataíde Pereira: — Há alguns anos, apresentei à Sociedade de Urologia, um trabalho sobre os processos de esterilização no homem. Em Urologia estes processos recebem o nome de processos de infertilização. Pois bem, no homem, verifica-se que não adianta fazer apenas a ligadura do canal deferente, porque reabsorvido o cat-gut que o liga, o canal se abre novamente e volta a funcionar. Tomamos assim na devida linha de conta nos nossos casos de lavagens das vesículas seminais, fazendo uma ligadura do canal, o que evita a espermatocele aguda venha a extravasar na ferida e que o líquido de lavagem reflua também para a ferida.

Quanto aos processos de esterilização para mulheres, estão ainda mal estudados. Foi demonstrado que quando estes processos falham, tratam-se portanto apenas de processos de infertilização temporária, mas não de esterilização, pois a paciente pode conceber depois. Bauer, em seu livro, escrito em colaboração, faz esta distinção entre infertilização e esterilização. Na prática entretanto, tenho verificado que se usa indistintamente o termo esterilização para qualquer dos processos.

Dr. José Galucci: — Dou-me por satisfeito e não tenho nenhuma

réplica a fazer, uma vez que todos os comentadores concordaram com o ponto de vista emitido em meu trabalho. Agradeço aos colegas a sua atenção.

Dr. Valdemar de Sousa Rudge: — A discussão em torno do trabalho apresentado pelo dr. Galucci, derivou para um fim bastante prático de se saber, qual o melhor processo de esterilização, isto é, qual o mais seguro. Abrindo aqui um parêntese, acho-me na obrigação de afirmar que em minha opinião particular a esterilização temporária, deve ser riscada da ginecologia, pois existem meios anticoncepcionais que não exigem uma laparotomia. Mas para se saber qual o melhor processo de esterilização, só nos resta o método seguro da estatística, que maior valor terá, se incluir a estatística de diversos serviços, e para a qual tenham contribuído vários ginecologistas.

Um erro técnico tem invalidado muitas estatísticas: a ligadura do ligamento redondo em lugar da trompa; e, cumpre dizer que esta é uma causa de erro bastante frequente, fazendo com que se depreciem os processos de esterilização pela ligadura das trompas. Concorre também para diminuir a percentagem de sucessos em certas estatísticas, o grande número de esterilizações praticadas durante o período gravídico, pois os fracassos nesta fase, são bastante mais numerosos.

Todos os colegas voltaram as suas preferências para o processo de Madlener. De fato, os autores alemães, baseados na grande experiência que lhes adveio da execução da lei da esterilização eugênica na Alemanha, chegaram à conclusão, bastante satisfatória, que existe um fracasso apenas para cada 1.035 casos operados pelo processo de Madlener.

Philergon, fortifica de fato

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 10 DE ABRIL

Dr. Nestor Solano Pereira

Anetodermia, tipo Schweninger-Buzzi, em caso lepromatoso — Dr. Abrahão Rotberg — O A. apresenta um caso raro de anetodermia do tipo de Schweninger-Buzzi com o número elevado de 294 elementos e com a particularidade de se tratar de uma associação com a lepra, o que o torna o segundo caso em tais condições, descrito na literatura. São ainda, características deste caso, formações amareladas, xantomatóides, centrando muitas lesões anetodermicas mais antigas e correspondendo a lepro-

mas nelas desenvolvidos. Faz comentários sobre a patogenia das atrofia cutaneas, ditas idiopaticas, em geral, e na lepra, em particular; acentuando o interessamento provavel do sistema endocrino-simpático o A. finaliza, propondo uma classificação patogenetica tentativa das atrofia cutaneas da lepra, em que distingue as cicatrizes, as atrofia cicatriciais, as atrofia "nervosas diretas", as atrofia "idiopaticas" difusas, e, finalmente, as atrofia "idiopaticas" maculosas ou anetodermias.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 13 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. Nelson Cayres de Britto

Nova reação para diagnóstico da sífilis — Dr. Luiz Migliano — O A. descreveu a reação que está ligada ao seu nome e que é o resultado de longas e pacientes experiências, coroadas de pleno exito. Descreveu o preparo dos reativos e a técnica da sua reação, que pode ser feita com o soro, com uma gota de sangue total, úmido, sangue seco e liquor céfalo-raqueano. Fez uma demonstração prática de sua reação nas suas várias aplicações salientando que o reativo pode ser conservado por vários meses sem alimentação.

Discussão: — O dr. Eça Pires de Mesquita, salientou a simplicidade da reação, que se torna muito economica, sendo aplicável às coletividades; encareceu o valor das microrreações, já consagrado em congressos científicos; cuidou do pH como causa de erro na literatura dos resultados; a reação de Migliano teria o valor do processo Manoel de Abreu na tuber-

culose: uma reação seletiva, separando casos para uma comprovação posterior.

O dr. Luiz Migliano disse que já tem uma larga experiência comparando sempre os seus resultados com os de várias outras reações.

O dr. Adhemar Nobre felicitou o A. pelos brilhantes resultados que vem obtendo com a sua reação, digna de larga divulgação e da consagração dos laboratoristas.

O dr. Nelson Cayres de Britto renovou as felicitações que merece o A. pelos estudos cuidadosos que vem realizando e que resultaram no lançamento de uma reação de alto alcance social.

Calcificações decorrentes da pancreatite aguda — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. discorreu sobre as várias condições em que se dá a deposição do cálcio nas lesões decorrentes da pancreatite aguda e descreveu um caso de pseudoquistos do pancreas com paredes calcificadas.

SESSÃO DE 27 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. Nelson Cayres de Britto

Afásias (afasia de Broca) — Dr. V. Venturi — O A. discorreu sobre as afásias mostrando os seus característicos. Apresentou a seguir, um doente portador de afasia de Broca — afasia amnésica associada à evocação das imagens motoras que servem para reproduzir as palavras lembradas. Fez várias experiências com o doente, demonstrando a sua afasia amnésica e a face anastrica da sua linguagem. Cuidou do prognóstico indicando as maneiras de firmá-lo. No caso presente a endarterite luética é a etiologia provável, confirmada pelo resultado da terapêutica específica.

Discussão: — O dr. Oswaldo Lange salientou a maneira brilhante como o A. resumiu o assunto, felicitando-o pela exposição clara que fez; salientou a apraxia da linguagem evidente no doente presente.

O dr. Eduardo Vaz lembrou a prova da escrita nos casos de lesão da zona de Broca, provocando uma demonstração gráfica do dr. Oswaldo Lange.

O dr. V. Venturi salientou a necessidade de uma observação demorada e cuidadosa dos doentes para se chegar a um diagnóstico mais aprofundado.

Contribuição ao estudo anátomo-clínico da acromegalia — Dr. Atilio Zelante Flosi — O A. historiou as idéias ligadas à etiologia da acromegalia. Depois relatou um caso de acromegalia em que havia um carcinoma medular, tumor que fazia saliência no mesofaringe. O exame histológico mostrou também um adenoma eosinófilo. Essa verificação vem diminuir uma dúvida que existia entre os patologistas sobre uma das causas da acromegalia.

Discussão: — O dr. Mateus Vasconcelos salientou o valor das verificações do A., que veio com o seu caso, comprovar uma das teorias existentes sobre a etiologia da acromegalia; referiu-se ao valor da foliculina em altas doses no combate à acromegalia.

O dr. Eurico Branco Ribeiro, referiu-se à 1.^a moléstia de Recklinghausen como uma das possíveis causas da acromegalia.

O dr. Flosi cuidou dos ensaios da terapêutica hormonal na acromegalia.

O dr. Paulo de Almeida Machado cuidou da prova do metabolismo dos glucides, felicitando o A. pelo brilhantismo do seu trabalho.

O dr. Nelson Cayres de Britto poz em relêvo o valor dos estudos do A., que foi recentemente premiado com o prêmio Rubião Meira da Ass. Paulista de Medicina.

Um caso de tumor de Brenner

— Dr. João N. von Sonnenleithner — O A. discorreu sobre os fibromas do ovário, mostrando as nuances do diagnóstico histológico. Mostrou a necessidade de revisão dos casos, para melhor classificação e referência casuística. Cotou a sinonímia e entrou em considerações sobre os aspectos histológicos dos fibromas do ovário.

Discussão: — O dr. Hercílio Marocco salientou o cuidado que deve ter o analista para firmar o diagnóstico, examinando várias porções da peça enviada.

O dr. Sonnenleithner referiu que a divulgação das características do tumor de Brenner só foi feita nestes dez anos, não sendo ainda devidamente conhecida de muitos analistas.

Centro de Estudos "Franco da Rocha"

SESSAO DE 16 DE ABRIL

Presidente: Dr. Mario Yahn

Estado esquizofrênico de forma hebefreno-catatônica resolvida por um tratamento combinado: psicanalítico e medicamentoso — Dr. Paulo Lentino — O A. apresentou um caso por ele tratado em 1936, de reação esquizofrênica hebefreno-catatônica em moça de 21 anos para ilustrar uma nova técnica que propõe para ser empregada naqueles casos de psicoses e neurôses em que é impossível se manter conversação com os doentes. A técnica consiste no estudo da personalidade pré-psicótica ou pré-neurótica, dos mecanismos afetivos que poderiam ter condicionado as reações mórbidas, das atitudes espontâneas ou provocadas do doente e afinal, depois de se ter preparado bem o terreno, promover-se-á uma "acareação" entre o doente e as pessoas da família (geralmente pais) contra as quais haja ressentimentos ou então constrangimento, tudo isso na presença do medico que serve como interprete e mediador. Consegue-se assim o deflagar de intensa "ab-reação" sendo os resultados comparáveis com o primitivo método catártico de Breur-Freud, pois que se dá a descarga em

massa das emoções recalçadas. Dá a essa técnica a denominação de "técnica de acareação" ou do "desmascaramento dirêto".

No caso de esquizofrenia que ilustra o trabalho, apesar do intenso negativismo com quasi completo mutismo e dos tratamentos medicamentosos não surtirem efeitos apreciáveis depois de 6 meses (não foram aplicados os tratamentos modernos de choque) conseguiu-se em 2 meses remissão completa e duradoura (pelo menos 3 anos sem recidivas) após apenas uma "acareação" com a mãe da paciente, solucionando-se uma "situação edipiana e narcísica", que se tornára intolerável, condicionando então a reação esquizofrenica.

Também cita superficialmente 3 casos de "reações neuróticas de situação" resolvidas facilmente depois de uma "acareação" com os pais ou parentes.

A nova técnica pode também ser empregada para solucionar certas "situações" de neuróticos e psicóticos, embora no tratamento de fundo se empregue a técnica freudiana.

Outras sociedades

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 1.º de abril, ordem do dia: Evolução histórica das apendicectomias — Drs. Soares Hungria, Milton O. de Arruda e Hilda Paonessa; Bocio aberrante, com localização abdominal — Drs. Soares Hungria, Júlio Kieffer e José Soares Hungria Filho; A insulinoterapia no tratamento da fistula duodenal — Dr. Miguel Leuzzi; Mucocéle do apêndice — Drs. Miguel Leuzzi e Cás-

sio Montenegro; Xanto-sarcoma da tibia — Dr. S. Hermeto Jr.

Sessão de 15 de abril: Considerações clínicas sobre a enterite crônica — Drs. J. Reinaldo Marcondes e Otávio Ribeiro Ratto; Dietética nas úlceras gastro-duodenais — Prof. Jairo A. Ramos e Dr. Rui Werneck Souza e Silva; Distúrbios do esfíncter de Oddi nos operados de vesícula biliar — Prof. Jairo A. Ramos.

Sessão de 8 de maio: A encefalite por arsenoterapia massiça — Prof. Florencio Platz; Aspectos internísticos em dermatologia — Prof. Rabelo Filho.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 8 de maio, ordem do dia: O problema da lepra encaracterística, a luz da experiência do Sanatório Padre Bento — Prof. F. E. Acioy Rabelo.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 30 de abril, ordem do dia: Sugestões para uma reforma da Lei de acidentes do trabalho — Prof. Flaminio Favero, dr. Augusto Matuck; Diagnose da direção do tiro, posição do agressor e da vítima e da lesão mortal — Prof. Flaminio Favero e dr. Arnaldo A. Ferreira; Significado das carunculas multiformes em medicina legal — Prof. Flaminio Favero e dr. Arnaldo A. Ferreira.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 13 de abril, ordem do dia: Mecanismo de formação dos edemas e derrames cavitários — Dr. Heribaldo Loverso.

Sessão de 20 de abril: Hemorragias da retina — Dr. J. Mendonça de Barros.

Sessão de 4 de maio: Inquerito medico-social sobre a maneira de como é praticado o método de Crede nas maternidades de São Paulo — M. Conceição Carvalho e A. Campanello; Leitura de resumos com os devidos comentários sobre a especialidade.

Instituto Adolfo Lutz, conferência em 7 de maio: Aspectos modernos do tratamento da sífilis — Prof. Florêncio Platz.

Sociedade Médica São Lucas de Campinas, sessão de 8 de abril, ordem do dia: Neomaltusianismo — Dr. Arlindo Girard Jacob.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, sessão de 1.º de maio, ordem do dia: Mais um caso de pelagra — Dr. Roldão de Toledo; A radioterapia nas inflamações — Dr. Manuel Dias da Silva; Classificação das cardiopatias e das doenças dos grandes vasos — Dr. Pinto de Moura.

Sessão de 9 de maio: Anorexia nervosa — Dr. Celso Wey Magalhães.

Instituto Penido Burnier, sessão de 7 de maio, ordem do dia: Lipogranuloma da pituitária — Dr. Monteiro Sales.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul, sessão de 20 de abril, ordem do dia: Ferimento do coração com lesão coronária esquerda — Dr. E. J. Zerbini; Neuralgia da face, diagnóstico e tratamento — Dr. V. Venturi.

Instituto Biológico, sessão de 16 de abril, ordem do dia: Pesquisa experimental sobre a inervação simpática dos membros — Dr. O. Aida; Metabolismo do amido nas folhas — Dr. K. Silberschmidt; Sobre larvas de habronema na mosca domestica — Dr. J. M. Melo.

Sessão de 30 de abril: Aspectos do virus da febre aftosa — Dr. E. Trapp; Eliminação da saponina de uma solução ictiotóxica — Dr. J. R. Meyer; Sobre o parasita da mosca das frutas — Dr. Mário Autuori; Sobre a mononucleose — Dr. G. Torres.

LIQUÍDO - CEFALO - RAQUIDIANO

LABORATÓRIO ESPECIALIZADO

Punções sub-ocipitais. Lipiodól-radiológico ascendente e descendente, Ventrículografias
Medicação intra-raquidiana.

DR. OSWALDO LANGE

Rua Xavier de Toledo, 99
apartamento 3 - 2.º andar

Fone: 4-6646

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Cirurgia Plástica — Lelio Zeno, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1943.

Foi distribuído nos primeiros dias deste ano o excelente livro do prof. Lelio Zeno, de Rosário, Argentina, sobre cirurgia plástica. São sobejamente conhecidas em nosso meio as produções científicas do A.

O seu critério prático na apreciação dos problemas terapêuticos deram-lhe grande nomeada como um dos espíritos mais brilhantes da nova geração de médicos argentinos. Assim, o seu livro vem sendo acolhido com grande interesse, sabido que encerra um certo número de inovações introduzidas nessa especialidade, a qual está empolgando os principais meios médicos do Brasil. O valor do A. e a atualidade do assunto, eis os dois fatores principais do sucesso deste livro, cuja leitura é de grande utilidade também para os que fazem cirurgia geral. O volume contém perto de 350 páginas com 560 fotografias e 200 esquemas.

Anoxemia cardíaca — Moisés Sloer, Rosário, 1942. O A., que é professor adjunto de Patologia Médica da Faculdade de Medicina de Rosário, Argentina, apresentou àquela escola, como tese de professorado, este estudo experimental e clínico da anoxemia cardíaca. Depois de recordar o histórico da questão, e de fazer comentários gerais, expõe a técnica empregada nas suas experiências, cujos resultados relata e interpreta com aguçado espírito crítico. Depois, na segunda parte do seu trabalho, descreve suas observações sobre a anoxemia provocada em casos clínicos, classificando os resultados colhidos e comparando-os entre si, conforme os casos. Por fim,

tira suas conclusões. A monografia contém 70 páginas.

Nomenclatura y clasificación de las enfermedades de los aparatos urinarios y genital masculino — Luiz Figueiroa Alcorta, El Ateneo (Florida, 340) Buenos Aires, 1943. Eis um livro de utilidade para os urologistas; com o longo título "Ensaio de nomenclatura e classificação das doenças, síndromes e intervenções cruentas dos aparelhos urinário e genital masculino", o prof. Luis Figueiroa Alcorta, do Hospital Durand, de Buenos Aires, e seus colaboradores drs. José Gorodner, prof. Guilherme Iacaparro, Adolfo López, Júlio Dante, Luis Molina e Orestes Massolo, organizaram uma lista completa sobre o assunto, socorrendo-se do trabalho já feito pelos urologistas norte-americanos durante onze anos de esforços coordenados e dando ao ensaio uma orientação nova de acordo com um critério anátomo-histológico e acessoriamente etiológico e clínico. É um livro que deve possuir todo hospital e toda biblioteca médica.

Patologia abdominal clínica — Dr. F. Gallart Monés e outros, Salvat, (Calle Mallorca, 49), Barcelona, 1943.

Dado o interesse que todo médico prático em geral tem sobre as questões que se referem à sintomatologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento das afecções médicas e cirúrgicas que se relacionam com o aparelho digestivo, é de relevante utilidade esta obra que não é um tratado completo sobre Patologia Digestiva, mas uma experiência de vários lustros em um apanhado de casos selecionados por facultativos de real valor.

A obra foi concebida em forma nova, por vários colaboradores, especialistas nas diversas matérias que se relacionam direta ou indiretamente com a patologia digestiva. Cada um deles expôs o tema que de "motu proprio" escolheu, geralmente em forma de caso clínico, tirando suas conclusões diagnósticas, terapêuticas e prognósticas, que submeteram à análise dos demais, excelente exercício para que os especialistas não se especializem até o extremo, chegando a esquecer que o paciente constitui sempre uma unidade completa e indestrutível, o que torna altamente proveitosa a leitura desta obra, da qual cada um poderá tirar para si as mais importantes conclusões.

O volume contém 690 páginas, com 290 figuras, entre elas 158 radiografias e 29 lâminas em cores.

Bacteriologia y Inmunidad — Profs. W. S. Topley e G. S. Wilson, Edição espanhola de Salvat, (Lavalle, 371) Buenos Aires ou (Calle Mallorca, 49) Barcelona, 1942.

A Bacteriologia adquiriu, hoje, uma importância capital e pode-se afirmar que é, em nossos dias, um ramo da mais frondosa árvore da ciência médica. Baseada em análises de laboratório, tanto para o diagnóstico como para o tratamento e profilaxia das moléstias, torna-se uma necessidade imperiosa estruturá-la como um ensino organizado e exclusivo.

Os autores, usando da sua larga experiência como professores de Bacteriologia e Immunologia e de Bacteriologia aplicada à Higiene, proporcionaram uma obra útil para médicos, biólogos e estudantes, particularmente para aqueles que desejam aprofundar-se nos proble-

mas da infecção e da imunidade. A ordem de exposição das matérias corresponde a que os AA. seguem nos seus respectivos centros docentes. Quanto ao conteúdo das primeiras partes, Bacteriologia geral, Classificação e determinação bacteriológicas é de tal categoria e de tão considerável importância que todo bacteriólogo que queira fazer honra ao seu título deve estar regularmente familiarizado com ele.

Na edição espanhola foi incluído um índice alfabético de sinónimos da nomenclatura bacteriológica, para facilitar a identificação das espécies, bastante numerosas, que os AA. designam com os nomes aprovados pela Sociedade Internacional de Bacteriologia e pela Sociedade Norteamericana de Bacteriólogos. O livro forma um grosso volume de mais de 1.600 páginas.

Anales del Ateneo del Instituto de Maternidad y Asistencia Social "Dr. Samuel Gache": Hospital Rawson. Buenos Aires — 1942. — Reunindo a produção científica anual do Ateneo del Instituto de Maternidad y Asistencia Social "Dr. Samuel Gache", os Anais daquele Instituto são apresentados numa brochura, caprichosamente impressa, contendo 362 páginas, com numerosos clichês e grande quantidade de gráficos. Em 37 diferentes assuntos ligados pela especialidade, os diversos AA., em bem documentados trabalhos, apresentam com muita clareza, matéria de grande interesse não só para o especialista como para o clínico e também para o cirurgião geral.

A análise desse boletim anual indica a existência de uma perfeita organização científica orientada por profissionais de grande valor.

Botropase - nas hemorragias

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, III, 75-103, março 1943 — Vantagens da cirurgia plástica precoce nas malformações congênicas — Rebelo Neto; Indicações clínicas da sulfamidoterapia — José Ramos Jr.; O problema da ectopia testicular — Roberto Rocha Brito.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Rio Preto, XI, XVI, 1-113, 1934 a 1943 — Alguns dados estatísticos sobre 277 exames de fezes — Fausto d'Oliveira Quaglia; A vista de um fichário — J. M. Rolemberg Sampaio; Sobre um caso de mixo-sarcoma do ciático interno — Saldanha da Gama; Sopro musical do coração com tonalidades de arrulho de pombo — Aníel Nazareth; Estenose congênita do piloro — Mário V. Furquim; Sobre um caso de meningite pneumocócica — Dr. Sizenando Júnior; Refração ocular em clínica — Lauro C. P. Ribeiro; A avitaminose A e as suas manifestações cutâneas na infância — O. Martins dos Santos; Orientação prática no tratamento do diabetes — Jamil Kenan; A propósito de um caso de salpingocele — Saldanha da Gama; Eritrodermia descamativa de Leiner e Moussous — Deoclecio Ramos.

Folia Clínica et Biologica, XIV, 103-138, 1942 — Linfogranuloma maligno primitivo do intestino com especiais caracteres blastomosos de glândulas mesentericas — A. Donati e R. Bragaglia; Frequência do "músculos sternalis" — L. G. Wertheimer e R. Locchi; Anopheles (nyssorhynchus) Konderi nova espécie de anopheles do vale do Amazonas e considerações sobre as espécies do complexo tarsimaculatus (diptera culicidae) — A. L. Ayrosa Galvão e R. G. Damasceno.

80)

Memórias do Instituto Butantan, XVI, 1-359, 1942 — Notas ofiológicas — Alcides Prado; Estudo comparado dos órgãos sexuais externos dos Quilópodos do Brasil — Wolfgang Buecherl; Descrição de uma nova espécie do gênero Otostigmus Porat, sub-gênero Coxopleurostigmus Buecherl — Wolfgang Buecherl; Transmissão da malária humana por Anofelinos da série tarsimaculatus — J. A. B. Fonseca e Flávio Fonseca; Posição do gênero Liponissus Kolenati em face das espécies tropicais; seu desdobramento em novos gêneros (Acari, Liponissidae) — Flávio Fonseca; Trematóides de ofídios — Paulo de Toledo Artigas, José M. Ruiz e Aristoteris T. Leão; Notas helmintológicas — José M. Ruiz e Aristoteris T. Leão; Presença de hormônio anti-diurético na hipófise de serpentes do gênero Philodryas — Ananias Porto e Manoel Ferraz; Substâncias androgenicas nas gonadas de serpentes dos gêneros Bothrops e Crotalus. — J. R. do Valle e Luiz A. R. do Valle; Efeitos do tratamento prolongado de cadelas com o propionato de testosterona — Thales Martins, J. R. do Valle e Ananias Porto; Alguns aspectos da evolução do cretinismo e do mongolismo — J. I. Lobo e Luciano Decourt; Novas observações sobre o diabetes insipido — J. I. Lobo e Luciano Decourt; Soro anti-rickettsia na febre maculosa experimental — J. Travassos e A. Vallejo-Freire; Ação da prata eletrolisada sobre certas toxinas, venenos, protozoários, rickettsias, vírus filtráveis e bacteriófagos — J. Travassos e E. Biocca; Caracterização sorológica dos meningococcus — José Carlos Ribas; Tipos do bacilo de Koch na tuberculose pulmonar humana — P. Martins Rodrigues; Contribuição à matéria médica ve-

getal do Brasil — Fernando Pais de Barros.

Revista do Instituto Adolfo Lutz, II, 182-440, dezembro 1942 — Demonstração de cápsulas bacterianas — J. P. Carvalho Lima e Lúcia de Queiroz Teles; Aglutininas heterófilas na linfogranulomatose de Nicolas-Favre — Luiz Sales Gomes; Nota a propósito de *Salmonella pauloensis* — Luiz Sales Gomes; Antígenos adicionados de lanolina e sua aplicação na produção de sôros aglutinantes — S. C. Calazans e Maria Arantes; Comparação entre a centrifugação de uma hora e o emprego de clorofórmio e alumen de potássio no diagnóstico das meningites tuberculosas — Augusto E. Taunay; Comportamento da "*Shigella alkalescens*" — A. E. Taunay e Maria José Faraco; Meios de Cultura econômicos preparados pela digestão triptica da carne, segundo Hottinger — Ettore Rugai; Exame bacteriológico de fezes — Bruno Rangel Pestana e Maria José Faraco; *Achorion gallinae* (Mégnin-Sabrazés, 1890-93) Nicolau Rossetti; Contribuição ao estudo morfo-biológico do *Penicillium notatum* — Hassib Ashcar; Levedurosses humanas — Floriano de Almeida, Carlos da Silva Lacaz e Olga de Barros; Neuromas da mucosa do apêndice — João Montenegro; Sobre o padrão bacteriológico do leite em São Paulo — A. Francia Martins; O leite, molhagem e seu parâmetro — Antonio Carlos Seixas; Interferência da vitamina D na reação de Carr-Price — Renato F. Ribeiro e C. Fonseca; Bebidas não alcoólicas ou refrigerantes — Ruth de Lima Corrêa; Do teor da nicotina nas folhas de *Nicotiana tabacum* e nos cigaros — Renato F. Ribeiro, Lúcia Aché e J. B. Ferraz de Menezes Jr.; Da conveniência de uma legislação sobre fiscalização do tabaco e de sua inclusão no Código Sanitário — Renato F. Ribeiro, L. Aché e J. B. Ferraz de Menezes.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, II, 90-146, maio-ju-

nho 1942 — Hernias inguinais superficiais de Kuestner — E. de Jesus Zerbini; Recordando vultos da medicina brasileira — José Ayres Neto.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, IX, 1-44, janeiro-fevereiro 1943 — Hipopituitarismo anterior (síndrome de Bickel) e aneuroxia mental — Celso Wey de Magalhães; O centenário de William James — Carlos Vieira.

Revista de Obstetricia e Ginecologia de São Paulo, VI, 78-136, outubro-dezembro 1942 — La rotura prematura expontanea de las membranas ovulares. Su frecuencia. Evolution del embarazo y parto — Lorenzo di Guglielmo y Antonio L. Pepe; Sobre um caso de ausência unilateral de anexo e abortamento tubário — Oswaldo A. Certain e Franz Mueller; Gravídés e tuberculose. O problema do aborto da tuberculosa grávida — V. de Paulo Melillo.

Revista Paulista de Medicina, XXII, 1-84, janeiro 1943 — Colecistite e úlceras gástro-duodenais; diagnóstico diferencial, provas de laboratório — F. Cintra do Prado.

Revista Paulista de Tisiologia, IX, 1-70, janeiro-fevereiro 1943 — La pneumonia aceitosa em el niño y en el adulto — A. Saenz; A tuberculose primária como problema de saúde de guerra — Reginaldo Fernandes; Rugina universal para torocoplastas — Eduardo Etzel; A unidade patogênica da tuberculose pulmonar — Geraldo Franco.

Gazeta Clínica, XLI, 35-62, fevereiro 1943 — Tratamento da sífilis em cinco dias, por injeções múltiplas de arsenical — Mendes de Castro e A. Define; Cloroformização cirurgica e moléstia mental — J. M. Almeida Prado.

Neurônio, IV, 1-46, abril 1943 — Lições de Medicina Legal à luz das novas leis penais brasileiras — H. Veiga de Carvalho.

Publicações Médicas, XIV, 1-56, janeiro-fevereiro 1943 — Rutura traumática do baço — José Henriques; Simplifiquemos a transfusão sanguínea — R. B. Arruda Camargo; Dentes e alimentação — J. Cintra de Andrade; Apêndices gigantes operados — Antonio Delmanto.

Resenha Clínico-Científica, XII, 131-163, abril 1943 — Esterilidade de origem masculina e valor da fecundação artificial — Giulio Segre; Sobre a circulação coronária — Adriano Pondé.

Revista Brasileira de Leprologia, XI, 1-109, março 1943 — Anestesia em bota e intensas lesões pseudo-leprosas dos pés, devida após larga observação e exito terapêutico a uma radiculite baixa heredo-sifilítica e septico-neurite ascendente — Guilherme Bassombrio;

Contribuição ao estudo anátomo-clínico da reação leprótica — A. Francisco M. de Castro; A simples picada com agulha como elemento subsidiário das máculas lepróticas hipocrônicas — Luiz Marino Bchelli e J. Novo Pacheco.

Revista de Cirurgia de São Paulo, VIII, 687-784, janeiro-fevereiro 1943 — Considerações clínico-radiológicas sobre o carcinoma do intestino grosso — Manoel de Abreu Campanário; O problema da cicatrização das feridas cirúrgicas — N. Moraes Barros Filho; Tratamento das tromboflebitas pelos raios X — Carl Fried.

Revista Clínica de São Paulo, XIII, 45-83, fevereiro 1943 — Reumatismo — Pinto de Moura; Sobre as perturbações gástricas funcionais — Gottfried Boehm.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Policlinica de São Paulo

Relatório de 1942 — Acaba de ser apresentado ao Conselho Administrativo da Policlinica de São Paulo o relatório social e financeiro da diretoria, sobre o exercício findo em agosto de 1942, pelo dr. J. J. da Nova, presidente da diretoria.

No ano a que se refere o relatório, a Policlinica atendeu 11.564 doentes novos, além dos 27.946 antigos, deu 39 mil consultas e

realizou 1.151 operações, além de outros serviços médicos de urgência.

Foi apresentado também o relatório financeiro do dr. James Ferraz, diretor tesoureiro, que foi aprovado e que acusa um patrimônio movel de 752.379 cruzeiros sobre o balanço anterior. Além disso, o patrimônio fixo da instituição atinge 2.120.975 cruzeiros.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

Posse da nova diretoria — Realizou-se em 7 de maio, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, a posse solene da nova diretoria, eleita para reger os destinos da Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo, no ano social de 1943-1944.

82)

Com a presença de grande número de consócios da capital e do interior do Estado, foi aberta a sessão pelo dr. W. Belfort Mattos, presidente da Diretoria que terminava o seu mandato. A seguir, o dr. W. Belfort Mattos pronunciou um discurso alusivo ao ato, termi-

nando por convidar os membros da nova diretoria a tomarem posse.

Assumindo a presidência, o professor João Paulo da Cruz Brito, presidente recém-eleito, usou da palavra, tendo pronunciado uma formosa oração.

A nova diretoria tem a seguinte constituição:

Presidente — prof. João Paulo da Cruz Brito; vice-presidente — dr. Silvio de Almeida Toledo; secretário geral — dr. Penido Burnier Filho; secretário — dr. João Carlos Celeste; tesoureiro — dr. Aureliano Fonseca; arquivista — dr. José Pereira Gomes Sobrinho.

Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Posse da nova diretoria — Em sessão realizada no dia 17 de abril foi empossada a nova Diretoria eleita para reger esta Associação no biênio 1943-1945, ficando a mesma assim constituída:

Presidente: Dr. Felício Cintra do Prado; Vice-Presidente, Dr.

Potyguar Medeiros; Secretário Secretário Geral, Dr. Renato da Costa Bomfim; 1.º Secretário, Dr. Paulo de Toledo Artigas; 2.º Secretário, Dr. Roberto Brandi; 1.º Tesoureiro, Dr. Pedro Badra; 2.º Tesoureiro, Dr. Raul Alberto Martinez.

Sociedade Brasileira de Radiestesia

Eleição da nova diretoria — Sob a presidência do dr. Cristovão Ivancko, secretariado pelo sr. Virgílio Goulart Penteado, realizou-se a assembléia geral da Sociedade de Radiestesia, para eleição de sua diretoria para o exercício de 1943-1945.

Foram eleitos: Presidente, Horácio de Andrade; vice-presidente,

eng. Alfredo Ernesto Becker; 1.º secretário, Gil Vieira de Almeida; 2.º secretário, Nabor Vieira; 1.º tesoureiro, J. M. de Almeida Junior; bibliotecário, dr. Vladimir Serenetsky; diretor-técnico, Jorge Erdelyi; diretor-médico, dr. Eduardo Vaz e diretor do Boletim da Sociedade, dr. Eurico Branco Ribeiro.

PHILERGON - FORTIFICA DE FATO

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com formula especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris
Unica distribuidora para todo o Brasil

SOCIEDADE ENILA LIDA.
Rua Riachuelo, 242 — Rio

AMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

Injeções indolores musculares

DYNIODO

SORO TONICO IODADO

Associação da influencia analgesica, antirreumatica
e hypotensiva de iodeto de sodio á aççao tonica nervina
do

DYNIODO glycerophosphate de sodio DYNIODO
Laboratorio Gross-Rio

RAIOS X

Dr. J. M. Cabello Campos

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames
Radiologicos a domicilio

Consultorio :

RUA MARCONI, 94

(Predio Pasteur)

Telephone : 4-0655

Residencia :

RUA TUPY, 593

Telephone : 5-4941

SÃO PAULO

NEURILAN

Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.
Indicado na excitação nervosa,
nos desequilíbrios vasomoto-
res, palpitações, insônia,
dyspepsia nervosa.
À base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo.
Dose 1a 2 colheres das de chá em agua
assucarada às refeições.

NAO DEPRIMENTE NEURILAN

Lab. Gross-Rio

atica
na
DDO